

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

DHERIK FRAGA SANTOS

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ESTUDO EM
UMA MATERNIDADE DE BAIXO RISCO**

**VITÓRIA
2018**

DHERIK FRAGA SANTOS

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ESTUDO EM
UMA MATERNIDADE DE BAIXO RISCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para avaliação. Área de concentração: Cuidado e administração em saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Franciéle
Marabotti Costa Leite

VITÓRIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

S237v Santos, Dherik Fraga, 1990 -
Violência contra a mulher e a depressão pós-parto: estudo em
uma maternidade de baixo risco / Dherik Fraga Santos - 2018.
87 f.: il.

Orientador: Franciéle Marabotti Costa Leite.

Dissertação (Mestrado Profissional de Enfermagem) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da
Saúde.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência por Parceiro Íntimo. 3.
Saúde da Mulher. 4. Depressão Pós-Parto. I. Leite, Franciéle
Marabotti Costa. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

DHERIK FRAGA SANTOS

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ESTUDO EM
UMA MATERNIDADE DE BAIXO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Avaliada em 04 de dezembro de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Franciéle Marabotti Costa Leite
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Cândida Caniçali Primo
Universidade Federal do Espírito Santo
1º Examinador/Interno

Prof. Dr. Fabio Lúcio Tavares
Universidade Federal do Espírito Santos
2º Examinador/Externo

Prof.^a Dr.^a Paulete Maria Ambrosio Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

Prof.^a Dr.^a Renata Santos de Souza
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Externo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças para superar as dificuldades do meu dia a dia e por ter me oferecido lucidez para aproveitar todos os momentos de coração leve.

Aos meus pais Edson e Helaine e à minha irmã Tatiana, que sempre passaram segurança em acreditar no sucesso que o mestrado poderá fomentar.

À minha esposa Susyanna e à minha filha Elisa pela compreensão e incentivo nos dias de desafios e nas ausências.

À minha orientadora Franciele, que sempre generosa não poupou esforços em compartilhar seus conhecimentos e oportunidades, com os quais abrilhantou todo o processo de construção do mestrado. Com uma postura presente e empenhada, constantemente reforçava o compromisso com o resultado desta pesquisa. Obrigado pela parceria.

Aos professores Cândida, Fábio e Paulete pela dedicação em gerar pertinentes contribuições neste estudo e por acreditar na minha pesquisa.

À minha turma do mestrado, a qual compartilhou entre si as fragilidades e os pontos fortes, com uma única meta: apoiar um ao outro. Esse sentimento de acolhimento ficará na memória, algo que felizmente remete ao que é participar de uma turma formada por verdadeiros Enfermeiros.

Aos colegas do Laboratório de Estudos de Violência e Saúde (LAVISA) pelo importante papel de valorizar o tema Violência, contribuindo para enriquecer a pesquisa.

Aos docentes do PPGENF por manterem um alto padrão de qualidade na construção das aulas, sendo estas pertinentes à nossa construção profissional e de grande impacto neste estudo.

A todos a minha sincera gratidão.

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito, nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota. ”

(Theodore Roosevelt)

RESUMO

OBJETIVOS: **Geral:** estudar as implicações das experiências de violências na ocorrência de sinais e sintomas da depressão pós-parto. **Específicos:** identificar a prevalência de sinais e sintomas da depressão pós-parto; examinar a associação entre sinais e sintomas da depressão pós-parto e a experiência de violência. **MÉTODO:** estudo transversal, realizado com puérperas internadas na Maternidade Municipal de Cariacica – Espírito Santo. A coleta de dados foi feita por entrevistadoras devidamente treinadas, utilizando um formulário contendo dados de caracterização demográfica, econômica, comportamental e clínica. Para o rastreamento da violência, praticada pelo parceiro íntimo, aplicou-se o instrumento da Organização Mundial de Saúde, que possibilita a identificação das violências psicológica, física e sexual. A identificação do desfecho em estudo, a depressão pós-parto, foi feita por meio da Escala de *Edinburgh Postnatal Depression*. Esse instrumento foi validado em português para a autoavaliação do risco de depressão pós-parto. Os dados coletados foram digitados no programa Excel e posteriormente analisados no programa Stata 13.0, onde na análise bivariada foram realizados os testes qui-quadrado e na análise multivariada a regressão de Poisson com variância robusta. **RESULTADOS:** 36,7% (IC95%: 31,6-42,0) das participantes apresentaram sinais e sintomas de depressão pós-parto. Mulheres que vivenciaram violência de seus companheiros ao longo da vida tiveram 1,9 vezes mais prevalências de sinais e sintomas de depressão. Aquelas que vivenciaram a agressão na gestação apresentaram um aumento de 38,0% desse agravo ($p=0,037$). **PRODUTO:** foi elaborado e registrado um *folder* de caráter educativo e informativo sobre os principais serviços de atendimento às mulheres em situação de violência; além disso, realizada a inserção das questões de rastreamento da violência contra a mulher no instrumento de coleta de dados da maternidade. **CONCLUSÃO:** os dados apresentados mostram a elevada prevalência de puérperas com sinais e sintomas de DPP e que a experiência de violência esteve associada a maiores frequências desse evento.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher. Violência por Parceiro Íntimo. Saúde da Mulher. Depressão Pós-parto.

ABSTRACT

OBJECTIVES: **General** - To study the implications of the experiences of violence in the postnatal depression signs and symptoms. **Specific** - To identify the prevalence of postnatal depression signs and symptoms; To assess the association between postnatal depression signs and symptoms and the experience of violence. **METHOD:** This is a transversal study done with women who have recently given birth hospitalized at the Municipal Maternity of Cariacica, Espírito Santo. Data collection was done by properly trained interviewers, using a form containing demographic, economic, behavioural and clinical characteristics. For the screening of violence perpetrated by an intimate partner the World Health Organization instrument was applied, enabling the identification of psychological, physical and sexual violence. The identification of the study's endpoint – postnatal depression – was done using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. This instrument was validated in Portuguese for the self-evaluation of postnatal depression risk. The data collected was typed in the Excel software, and was later analysed in the Stata 13.0 software, where the bivariate analysis was done with the Chi-square Test, and the multivariate analysis was done with the Poisson Regression with robust variance. **RESULTS:** 36.7% (IC 95%: 31.6-42.0) of the participants presented postnatal depression signs and symptoms. The women who have had the experience of intimate partner violence throughout their lives had 1.9 times higher prevalence of depression signs and symptoms. Those who experienced violence during their pregnancy presented a raise of 38.0% in this disorder ($p=0.037$). **PRODUCT:** An educational and informative folder was prepared and registered, and its content is about the main assistance services for women in a situation of violence; besides this, screening questions for violence against women were added to the maternity's data collection instrument. **CONCLUSION:** The data presented showed the high prevalence of women who have recently given birth with signs and symptoms of postnatal depression, and that the experience of violence was associated to higher rates of this event.

Keywords: Violence against women. Intimate partner violence. Women's health. Postnatal depression.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para o desfecho da Depressão pós-parto.....	33
Figura 2 -	<i>Folder</i> informativo – Frente.....	35
Figura 3 -	<i>Folder</i> informativo – Verso.....	36
Figura 4 -	Formulário de sistematização da assistência de enfermagem na admissão do paciente no Hospital Evangélico de Vila Velha/ES, páginas 1 e 4.....	38
Figura 5 -	Formulário de sistematização da assistência de enfermagem na admissão do paciente no Hospital Evangélico de Vila Velha/ES, páginas 2 e 3.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Prevalência na Depressão Pós-Parto segundo características sociodemográficas, obstétricas/ginecológicas e comportamentais. Cariacica, Espírito Santo, Brasil. Agosto a outubro, 2017 (n=330).....	45
Tabela 2 -	Prevalência de Depressão Pós-Parto segundo história de violência. Cariacica, Espírito Santo, Brasil. Agosto a outubro, 2017 (n=330).....	46
Tabela 3 -	Análise bruta da Depressão Pós-Parto segundo história de violência. Cariacica, Espírito Santo, Brasil. Agosto a outubro, 2017 (n=330).....	47

LISTA DE SIGLAS

DPP -	Depressão Pós-Parto
DST -	Doença Sexualmente Transmissível
EDPS -	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FNIV -	Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais
HUCAM -	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
MMC -	Maternidade Municipal de Cariacica
OMS -	Organização Mundial de Saúde
RN -	Recém-Nascido
SASV -	Serviço de Atenção à Saúde em Situações de Violência
SINAN -	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES -	Universidade Federal do Espírito Santo
VD -	Violência Doméstica
VPI -	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

	TEMPORALIDADE DO AUTOR	12
1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	15
2.2	FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA GESTAÇÃO.....	16
2.3	IMPACTO DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO	18
2.3.1	Depressão pós-parto: prevalência e fatores associados	20
2.4	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO, SETOR SAÚDE E A ENFERMAGEM.....	22
3	OBJETIVOS.....	26
4	METODOLOGIA	27
4.1	TIPO DE ESTUDO	27
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	27
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	27
4.4	AMOSTRA.....	28
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
4.7	INSTRUMENTOS.....	28
4.8	VARIÁVEIS EM ESTUDO	29
4.8.1	Variável dependente.....	29
4.8.1.1	Depressão pós-parto.....	29
4.8.2	Variáveis independentes	30
4.9	COLETA DE DADOS	31
4.10	TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	32
4.11	TESTE PILOTO.....	32
4.12	ANÁLISE DE DADOS.....	32
4.13	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	33
5	RESULTADOS.....	34
5.1	PRODUTO 1	34
5.1.1	Introdução.....	34

5.1.2	Produto.....	35
5.2	PRODUTO 2	36
5.2.1	Introdução.....	36
5.2.2	Produto.....	38
5.3	PRODUTO 3	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
	APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO	70
	APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	72
	APÊNDICE D - FOLDER	73
	ANEXO A – QUESTIONÁRIOS	74
	ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH (EPDS)	79
	ANEXO C - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	80
	ANEXO D - DECLARAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	83
	ANEXO E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO.....	84

TEMPORALIDADE DO AUTOR

Durante a graduação na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no ano de 2010, iniciei meu contato com a temática da Violência contra a mulher. A aproximação com o tema se deu por meio da minha participação no Grupo de Estudos sobre Violência e Acidentes, à época chamado GEPAVI, e também na realização do meu Trabalho de Conclusão de Curso, que originou um artigo sobre percepção e enfrentamento acerca da violência vivenciada por mulheres atendidas no fórum multidisciplinar na cidade de Serra/ES (LEITE et al., 2017a). Atualmente, continuo participando do Laboratório de violência e Acidentes, no Departamento de Enfermagem, hoje denominado LAVISA, e é nesse espaço que há a possibilidade de ampliar o meu olhar para os impactos da violência para a vítimas, família e o quanto isso demanda ações e cuidado do serviço de saúde.

Enquanto enfermeiro, graduado em 2012, e especialista em Terapia Intensiva pela Universidade São Camilo, em 2014, atuo no Hospital Evangélico, empresa que gerencia uma rede de hospitais e serviços de saúde, dentre eles a Maternidade Municipal de Cariacica (MMC), um trabalho em parceria com a Prefeitura da cidade e com o Governo do Estado que vem contribuindo com o cenário de atendimento à saúde da mulher na região. Todos os atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o custeio é feito pelo Governo do Estado por meio da Secretaria de Estado da Saúde.

É importante relatar que a MMC, enquanto referência para gestação de baixo risco, recebe gestantes com variados perfis e histórias, dentre essas algumas marcadas por violência e violação de direitos humanos. Sendo assim, um cenário de grande importância para se aprofundar os estudos sobre violência contra mulher, em especial, em uma fase de grande relevância na área maternoinfantil, o período gestacional.

Diante dessa realidade, encontrei no mestrado profissional a oportunidade de realizar novos estudos acerca do tema da violência e contribuir para a otimização de uma assistência mais qualificada às mulheres em situação de violência, visto ser a violência um tema de grande relevância para a saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A violência ocorrida contra as mulheres consiste em uma violação dos direitos humanos que restringe total ou parcialmente a observância, o gozo e a prática de direitos e liberdades. O encontro interamericano para prevenir, punir e debelar a violência contra a mulher, conhecido como “Convenção de Belém do Pará”, que decorreu em 1994, caracteriza violência contra a mulher como qualquer ato ou comportamento baseado no gênero, que cause morte, prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

O tipo mais comum de violência contra a mulher é a violência perpetrada pelo parceiro íntimo (VPI) (DURAND; SCHRAIBER, 2007), que ocorre, em especial, no espaço familiar ou de relação íntima, e resulta no uso proposital de força física ou de domínio sobre outra pessoa, por coação ou de forma factual, que gera ou tenha possibilidade de gerar danos psicológicos, físicos, privações, sexuais ou negligências e até a morte (KRUG et al., 2002). Esse tipo de violência é de caráter, muitas vezes, grave e repetido (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

Ainda é importante considerar que enquanto um fenômeno social que suscita danos à saúde da mulher (GARBIN et al., 2006), vivenciar a violência é algo que ecoa negativamente não somente na saúde física, mas psicológica e reprodutiva das mulheres, o que pode persistir até mesmo após a interrupção da violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999; SCHRAIBER, 2005). Nesse contexto, o resultado da violência gera demandas para o serviço de saúde, em que os profissionais têm função fundamental de contribuir de forma importante na redução das repercussões desse fenômeno (CASIQUE CASIQUE; FUREGATO, 2006).

A violência contra a mulher pode acontecer em qualquer fase de sua vida, inclusive durante a gestação. A Organização Pan-Americana de Saúde (2006) definiu a violência no decorrer da gestação como “violência ou ameaça de violência física, sexual ou psicológica (emocional) à mulher grávida”. A violência contra gestantes desperta questionamentos acerca das prováveis consequências nessa nova condição da mulher: a gestação. Estudo feito por Schraiber e d'Oliveira (1999) destacou que considera a gravidez como um estímulo ao risco de violência às mulheres, podendo mudar o padrão quanto à frequência e gravidade ou mesmo ser iniciada nessa fase da vida da mulher.

Pesquisas de prevalência de VPI na gestação demonstram uma estimativa de até 31,7% (RACHANA et al., 2002; JOHNSON et al., 2003; KARAOGLU et al., 2006; DÍAZ-OLAVARRIETA et al., 2007). No Brasil, a prevalência detectada variou de 13,1 a 33,8% (AUDI et al., 2008; DURAND; SCHRAIBER, 2007; MENEZES et al., 2003; MORAES; REICHENHEIM, 2002). O Brasil apresenta valores de 61,7% para violência psicológica, 18,2% violência física, 7,8% coerção sexual (MORAES; REICHENHEIM, 2002) e 20% para qualquer forma de violência no período da gestação (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

Dentre as complicações ocasionadas pela violência à gestante, será focada no presente estudo a depressão pós-parto (DPP). Esta ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto, tendo, constantemente, origem em meio à gestação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Com múltiplas especificidades o transtorno tem grande probabilidade de comorbidades como ansiedade, estresse e sintomas obsessivo-compulsivos (SIT; WISNER, 2009; PRENOVEAU et al., 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2009), a depressão pós-parto acomete de 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos, além disso, as mulheres com ocorrência de depressão anterior têm o risco amplificado em 25% a 50%. No Brasil, consegue-se encontrar algumas oscilações, um artigo de revisão constatou dez estudos da última década que ponderavam a prevalência da depressão pós-parto no Brasil. Os índices encontrados nos estudos variaram de 7,2% em Recife/PE a 43% no Rio de Janeiro/RJ (CANTILINO et al., 2010), e em um estudo mais recente feito em São Paulo/SP, 30,3% foi a incidência encontrada (MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013). É importante destacar que os índices devem ser examinados levando em conta os dados étnicos, culturais e socioeconômicos de uma população, além dos fatores de risco e defesa existentes, e não só o nível de desenvolvimento de um país (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Nesse contexto, considerando a importância e magnitude da vivência de violência e seu impacto na saúde, bem como o quanto a depressão impacta negativamente na saúde da mãe e do bebê, justifica-se a realização deste estudo sobre as implicações das violências na vida e durante a gestação, praticadas pelo parceiro íntimo, na ocorrência da depressão pós-parto entre puérperas internadas em uma maternidade do município de Cariacica/ES.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial. Segundo a OMS (2005), esse agravo consiste no uso proposital da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contrariamente a si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, de modo a ocasionar ou tenha grande possibilidade de ocasionar dano psicológico, deficit de desenvolvimento, privação, lesão e morte (KRUG et al., 2002). Sendo um problema global de saúde pública, a violência quando investida contra as mulheres, geralmente, ocorre em âmbito reservado e tem como predominante agressor o parceiro íntimo, de modo que a mulher se situa em uma relação íntima escoltada de agressões físicas, coerção sexual, abuso psicológico e atitudes controladoras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A descrição “parceiro íntimo” refere-se a namorado, esposo, noivo ou qualquer outro homem com quem a mulher desenvolva relação íntimo-afetiva (MOURA et al., 2009). As violências por parceiro íntimo são formas de violência fundamentadas em gênero. A definição de gênero é dinâmica, relacional e produto de socialização. Butler (2013) afirma que existem variadas filiações teóricas de gênero, sendo essencial compreender que, ao aludirmos “feminino” ou “masculino”, estamos singularizando algo que tem múltiplas representações.

A VPI apresenta disseminação social em todo o mundo, sendo notada como um tipo de violência universal e praticada predominantemente por parceiros ou pessoas muito próximas das mulheres (BANDEIRA, 2014). De acordo com dados da OMS (2013), a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, no mundo, tem uma prevalência de 30,0% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Esta pode se retratar em diferentes formas: ameaças, humilhações, coerções, cobranças de comportamento, discriminação, privação arbitrária da liberdade, exploração, crítica pelo desempenho sexual, violência financeira, violência física e violência sexual (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). Nas ocasiões em que decorre em ambiente doméstico, apresenta características específicas, sendo, na maioria das vezes, perpetrada pelos familiares, conhecidos, parceiro, ex-parceiro e se repetindo em ciclos (SCHRAIBER et al., 2002).

Trazendo dados epidemiológicos de acordo com o parecer mundial sobre violência e saúde da OMS (2005), a violência contra mulheres praticada pelo parceiro íntimo no espaço privado apresenta taxas de prevalência variando entre 15% e 52%. Um estudo realizado com usuárias dos serviços de Unidade de Saúde da cidade de Vitória/ES mostrou as seguintes prevalências observadas: psicológica 25,3%, física 9,9% e sexual 5,7% de violência praticada pelo parceiro no último ano. A violência psicológica permaneceu associada à escolaridade, histórico materno de VPI, situação conjugal, violência sexual na infância e ter feito uso de drogas, enquanto a agressão física esteve associada à idade, situação conjugal, escolaridade e história materna de VPI. A violência sexual foi mais recorrente nas mulheres de menor renda e que vivenciaram abuso sexual na infância (LEITE et al., 2017b).

A violência pode estar presente em todo o ciclo vital da mulher, inclusive durante a gestação (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). Nessa fase, desperta questionamentos acerca das prováveis consequências nessa nova condição da mulher: a gestação. Estudo destaca que a gravidez consiste em um estímulo ao risco de violência às mulheres, podendo mudar o padrão quanto à frequência e gravidade ou mesmo ser iniciada nessa fase da vida da mulher (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Nesse sentido, algumas circunstâncias da vida da mulher têm sido delineadas como fatores associados à violência doméstica (DURAND; SCHRAIBER, 2007). Com isso, a importância de se gerar estudos que venham aprofundar o entendimento dessa questão é essencial para seu enfrentamento e para a determinação de novas abordagens, especialmente nos serviços de saúde (AUDI et al., 2008).

2.2 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA GESTAÇÃO

A violência contra a mulher é uma das dominantes formas de violação de direitos humanos; uma adversidade mundial de saúde pública que não distingue sua vítima por idade, classe social, religião, etnia, estado civil, escolaridade ou orientação sexual, podendo transcorrer durante o período gestacional, fato essencialmente preocupante visto as implicações adversas para a saúde da mãe e da criança (FONSECA; COUTINHO, 2010).

Estudo realizado em Mumbai, Índia (DAS et al., 2013), acerca da violência perpetrada por parceiro íntimo contra gestantes encontrou vínculo empregatício, escolaridade, rede de apoio social e *status* socioeconômico como fatores associados à violência. Nesta pesquisa, cerca de 15% das mulheres mencionaram ter evidenciado VPI no ano da gestação e no período pós-parto.

Em um estudo realizado com 1379 gestantes usuárias do SUS atendidas em Unidades Básicas de Saúde na cidade de Campinas/SP, 19,1% das gestantes alegaram violência psicológica e 6,5% violência física/sexual. Os fatores associados à violência psicológica foram gestante ter presenciado agressão física antes dos 15 anos e parceiro íntimo adolescente. Foram associados à violência física/sexual impedimento da gestante em comparecer às consultas de pré-natal, parceiro íntimo não trabalhar e fazer uso de drogas. Os fatores associados à violência psicológica e física/sexual foram ser responsável pela família, baixa escolaridade da gestante, parceiro íntimo ingerir bebida alcoólica duas ou mais vezes por semana, ter sido submetida à agressão física na infância e presença de transtorno mental comum. Dessa maneira, foram constatadas altas prevalências das distintas categorias de violência doméstica exercida pelo parceiro íntimo durante o período gestacional, assim como os variados fatores a elas associados (AUDI et al., 2008).

Em uma pesquisa realizada com 8961 puérperas que se hospitalizaram em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto, notou-se que o maior consumo de bebidas alcóolicas e o uso de cigarros e outras drogas ao longo da gestação se evidenciaram associados à agressão. A escassez de apoio enxergada pela puérpera durante a gestação e a ânsia de interromper a gravidez também foram fatores associados ao abuso físico. No que se refere ao nível de escolaridade, a maior parte das puérperas que vivenciaram agressão física no decorrer da gestação tinha menos de oito anos de estudo e o uso de drogas surgiu como fator associado às situações de agressão física na gestação (VIELLAS et al., 2013).

Um estudo em que participaram 302 puérperas com pelo menos 24 horas de pós-parto internadas na maternidade de um hospital universitário de Vitória/ES, nos meses de junho a setembro de 2016, observou que não possuir companheiro caracterizou prevalência 2,6 vezes maior de violência física no último ano e 4,0 vezes mais ocorrência de violência física na gravidez (FIOROTTI, 2016). Essa pesquisa corrobora com estudos que indicam que mulheres sem companheiro estão

mais propícias à violência doméstica na gestação quando correlacionadas àquelas em situação conjugal estável (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2016). O provável efeito protetor do matrimônio estaria relacionado à presença de valores comuns entre os parceiros e ao empenho com a formação e a relação familiar, em oposição àquelas em situação conjugal mais frágil (URQUIA; O'CAMPO; RAY, 2013).

Os resultados por vezes diferenciados descobertos nos diferentes estudos devem ser conferidos à natureza complexa do tema, às particularidades socioculturais das populações analisadas, aos diferentes julgamentos do conceito violência e ao método e instrumento empregados na coleta de dados (PUCCIA; MAMEDE, 2012). Contudo, visto os diferentes fatores associados à violência contra mulher na gestação, faz-se necessário se aprofundar em quais são os impactos que essa prática ocasiona.

2.3 IMPACTO DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO

As violências por parceiro íntimo geram graves consequências e vulnerabilidades a doenças, configurando-se mundialmente como um dos mais sérios problemas sociais e de saúde pública (GARCIA-MORENO et al., 2006, ELLSBERG et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A violência doméstica durante a gravidez tem significantes consequências na saúde física e psicológica das gestantes. A exemplo disso, em estudo com mulheres iranianas, identificou-se associação entre violência doméstica durante a gravidez e baixa qualidade de vida e saúde (tanto física quanto mental) das mulheres (GHARACHEH et al., 2015).

Estudo com 104 gestantes dos Apalaches (EUA) entrevistadas durante o pré-natal verificou que a VPI está associada com tabagismo, uso abusivo de álcool e drogas ilícitas (BAILEY; DAUGHERTY, 2007). Pesquisa transversal com 2167 puérperas do Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (Peru) entrevistadas durante o pós-parto, que examinou a associação entre VPI e gravidez indesejada, apontou que o risco de gravidez indesejada foi 3,31 vezes maior entre as mulheres que sofreram VPI física e sexual (CRIPE et al., 2008).

Através de uma investigação de VPI por meio de um questionário adaptado do Estudo Multipaíses OMS com amostra populacional de 2391 mulheres entre 18 e

64 anos, que já engravidaram, o estudo constatou que a VPI está associada à probabilidade de aborto espontâneo 1,4 vezes maior e 2,5 vezes maior de aborto induzido (FANSLOW et al., 2008).

Um estudo caso-controle em um hospital de Lima (Peru) examinou a relação entre VPI na gestação e risco para pré-eclâmpsia, através de um instrumento desenvolvido pelos autores; nesse estudo, evidenciou-se que mulheres que relataram VPI apresentaram risco 2,4 vezes maior de pré-eclâmpsia (SANCHEZ et al., 2008). Outros achados na Nicarágua, onde foram aplicadas escalas padronizadas para medir VPI, estresse e condições socioeconômicas em gestantes, indicaram que o estresse materno na gestação está associado à redução de peso infantil ao nascer (VALLADARES et al., 2009).

Um estudo examinou a associação entre VPI, trauma pré-natal e descolamento prematuro de placenta a partir da análise de registros hospitalares e de atendimento pré-natal de 2873 gestantes que pariram entre janeiro de 2000 e março de 2002. Essa pesquisa identificou que a VPI está associada à gravidez indesejada ($p<0,05$), aborto ($p<0,05$), trauma na gravidez ($p<0,01$) e descolamento prematuro de placenta ($p<0,05$) (LEONE et al., 2010).

Um estudo transversal com dados do Oklahoma (EUA) Pregnancy Risk Assessment Monitoring Survey (PRAMS), entre o período de 2000 a 2006, investigou associação entre VPI e ganho de peso gestacional, no qual foi notada a associação significativa entre VPI física na gestação e ganho de peso insuficiente entre gestantes acima de 35 anos de idade (BEYDOUN et al., 2011).

Realizou-se um Inquérito populacional indiano com 2,877 mulheres entre 19 e 43 anos, que tiveram ao menos um parto. Aplicou-se questionário sobre VPI formulado pelos autores do estudo e concluiu-se que mulheres que vivenciaram a VPI tiveram baixa adesão ao pré-natal ($OR=0.80$; $IC_{95\%}:0.68-0.95$) ou iniciaram o pré-natal no 3º trimestre ($RR=1.62$; $IC_{95\%}: 1.08-2.45$) (KOSKI; STEPHENSON; KOENIG, 2011).

Por meio da análise multivariada, identificou-se que, entre as gestantes adolescentes, ter menor rendimento escolar, consumir mais bebidas alcoólicas durante a gravidez, tentar interromper a gestação e sentir-se menos apoiada pelo pai da criança durante essa fase da vida são fatores associados ao sofrimento de agressão física durante a gestação (VIELLAS et al., 2013).

Além dos efeitos na saúde materna, a violência doméstica durante o período gestacional pode acarretar efeitos negativos sobre o conceito. Estudos evidenciam esse tipo de violência como importante fator de risco para mortalidade perinatal e neonatal (SAIFUDDIN et al, 2006; FONSECA, COUTINHO, 2010). Dentre outros, há estudos que associam ainda a violência doméstica na gestação ao desmame precoce da criança (LOURENCO, DESLANDES, 2008).

A violência à gestante pode ocasionar, inclusive, complicações à saúde mental da puérpera como a depressão, além de poder gerar outras complicações materno-fetais, tais como prematuridade, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, anemia, sangramento no primeiro e no segundo trimestres, morte perinatal, sofrimento fetal, restrição no crescimento uterino, ganho de peso abaixo do esperado, padrão alimentar pouco saudável e baixo peso ao nascer (MCFARLANE; PARKER; SOEKEN, 1996; GAZMARARIAN et al., 2000; RACHANA et al., 2002; ASLING-MONEMI et al., 2003; JANSSEN et al., 2003; JOHNSON et al., 2003; MENEZES et al., 2003; BACCHUS; MEZEY; BEWLEY, 2004; PAREDES-SOLÍS et al., 2005; YOST et al., 2005; KAYE et al., 2006; MORAES; AMORIM; REICHENHEIM, 2006; SILVERMAN et al., 2006; VARMA et al., 2007).

Estudo de base populacional com 6421 puérperas canadenses reafirmou a associação entre DPP e violência, a partir da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, e obteve prevalência de 7,5% de DPP (OR=1.61; IC95%:1.06-2.45) (BEYDOUN et al., 2010). Sendo a DPP a complicação que será dada um enfoque nesta pesquisa.

2.3.1 Depressão pós-parto: prevalência e fatores associados

A palavra depressão no seu uso trivial pode expressar tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Constantemente, é relacionada a reações normais diante de determinados tormentos e sentimento de perda. Como síndrome ou doença, a depressão abrange alterações de humor, psicomotoras, cognitivas e vegetativas. Em face de sua elevada prevalência e custos sociais, na atualidade, é um importante problema para a saúde pública. Dentre os transtornos depressivos sofridos por mulheres está a depressão puerperal (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association* (1994), regularmente a sintomatologia da DPP não se diferencia da sintomatologia dos episódios de alteração do humor que acontecem fora do puerpério. O início nas quatro primeiras semanas do pós-parto é somente especificador, que pode ser aplicado aos diferentes transtornos do humor. Por sua vez, o episódio depressivo maior é estabelecido pela vigência de determinados sintomas pelo intervalo mínimo de duas semanas, sendo obrigatório o aparecimento do humor depressivo ou anedonia (redução ou perda do interesse nas práticas anteriormente agradáveis), associado a quatro dentre os demais sintomas: insônia ou sono excessivo, mudança significativa de peso ou do apetite, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, perda de concentração, sentimentos de desvalia ou culpa e ideias de morte ou suicídio.

Com múltiplas especificidades o transtorno tem grande probabilidade de comorbidades como ansiedade, estresse e sintomas obsessivo-compulsivos, há inferior incidência de suicídio e a reação à terapia farmacológica é vagarosa e sugere-se a conciliação de mais de um medicamento (SIT; WISNER, 2009; PRENOVEAU et al., 2013) .

No Brasil, consegue-se encontrar algumas oscilações nas prevalências da depressão pós-parto. Artigo de revisão constatou em dez estudos que a prevalência da depressão pós-parto no Brasil variou de 7,2% em Recife/PE a 43% no Rio de Janeiro/RJ (CANTILINO et al., 2010), e em um estudo feito em São Paulo/SP, 30,3% foi a incidência encontrada (MORAIS; LUCCHI; OTTA, 2013). É importante destacar que os índices devem ser examinados levando em conta os dados étnicos, culturais e socioeconômicos de uma população, além dos fatores de risco e defesa existentes, e não só o nível de desenvolvimento de um país (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

De acordo com a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2009), a depressão pós-parto acomete mulheres com baixo suporte social, insatisfação com o marido ou com o relacionamento conjugal, ansiedade durante a gestação, de 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos. Além disso, as mulheres com ocorrência de depressão pregressa têm o risco amplificado em 25% a 50% (SANTOS JÚNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009; CANTILINO et al., 2010; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011).

Segundo estudo realizado por Aliane, Mamede e Furtado (2011), são fatores de risco para DPP: gênero do bebê, renda familiar, ansiedade, insatisfação com a gestação, baixa autoestima, estresse, humor irritável previamente à menstruação, escolaridade, eventos de vida, ser ou ter sido vítima de violência, multiparidade, experiência negativa do parto, sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto (*maternity blues*) e tabagismo. O conjunto de fatores de risco psicológicos/psiquiátricos foi o mais frequentemente associado à depressão pós-parto, seguido dos fatores socioeconômico/culturais e de suporte social/relações interpessoais.

Contudo, dado o impacto que a DPP pode ocasionar, é de fundamental importância criar estratégias para enfrentamento de uma das causas dessa complicação, a violência contra mulher.

2.4 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO, SETOR SAÚDE E A ENFERMAGEM

A violência praticada pelo parceiro íntimo, quando ocorre na gestação, é vista como um problema de saúde pública ainda maior, uma vez que pode ocasionar danos físicos e psicológicos para as mulheres, implicações negativas na gravidez e consequentemente desfechos nocivos para os bebês (JAHANFAR et al., 2014).

Assim posto, a complexidade da situação exige variadas abordagens e olhares sobre o mesmo objeto para a estruturação conjunta de soluções integrando os diversos conhecimentos e práticas envolvidos (MALTA, 2007). Faz-se essencial a construção das redes de atendimento e enfrentamento à violência contra a mulher abrangendo a assistência psicossocial, segurança, saúde e justiça, englobando todas as esferas de governo, visando à prevenção, ao combate, à assistência e à garantia de direitos (MARTINS; CERQUEIRA; MATOS, 2015).

No esforço de minimizar os atos de violência sofridos pela mulher, formulou-se a Lei 11.340 ou Lei Maria da Penha, que entrou em vigor no dia 22 de setembro de 2006. Tal lei compreende a adoção de diferentes medidas protetivas à vítima, tais como o encaminhamento a serviços de saúde específicos e amparo judiciário gratuito. Ao executor da violência é prevista a criação de mecanismos de responsabilização e educação, proporcionando ao juiz determinar a participação obrigatória do agressor a programas de reabilitação e reeducação (BRASIL, 2006).

Complementando a lei Maria da Penha, nove anos depois, no ano de 2015, foi sancionada a Lei 13.104/2015, do Feminicídio, que relaciona como crime hediondo e com agravantes quando ocorre em situações específicas de vulnerabilidade (menor de idade, gravidez, na presença de filhos, entre outros) (BRASIL, 2015). Compreende a lei que existe feminicídio quando a agressão abarca violência doméstica e familiar ou quando configura menosprezo ou discriminação à condição de mulher, caracterizando crime por motivações de condição do sexo feminino (WAISELFISZ, 2015).

Independentemente da lei Maria da Penha ter dado maior visibilidade ao fenômeno social, vários autores (GOMES; DINIZ, 2008; LIMA; BÜCHELE, 2011; FIGUEROA-PEREA, 2013) apontam a pouca visibilidade dada aos discursos masculinos nas políticas sociais e legislações a respeito da violência de gênero perante as mulheres. Pesquisadores (LIMA; BÜCHELE, 2011; FIGUEROA-PEREA, 2013) ressaltam a escassez de estudos que realcem os autores da violência de gênero para entendimento do fenômeno e na construção de intervenções voltadas aos autores da violência.

Nos últimos anos, foram elaborados, no Brasil, serviços voltados para mulheres em contexto de violência, tais como as delegacias de defesa da mulher, centros de referência multiprofissionais e as casas-abrigo (SCHRAIBER et al., 2002). No setor saúde, a temática passa a ter importância com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década de 1980 com a ideia de explorar questões de gênero e abordar as demandas integrais de saúde da mulher (COSTA, 1999; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Contudo, essa iniciativa não demonstrou, na época, modificações expressivas na atenção à mulher em situação de violência, por parte dos setores de saúde, uma vez que, na prática, as ações priorizadas se delimitavam à saúde reprodutiva (CORREA; PIOLA, 2003). Além disso, vale ponderar que o cuidado em capacitar os profissionais para reconhecer a presença de mulheres em situação de violência nos serviços de saúde se instaura somente no final da década de 1990 (CORREA; PIOLA, 2003).

Na época atual, o Ministério da Saúde e distintas organizações não governamentais feministas têm gerado material didático, com colocações sobre o tema, e ofertado treinamentos aos profissionais de saúde de modo que eles possam detectar, apoiar e oferecer o apropriado encaminhamento às vítimas de violência.

Um progresso já pode ser percebido no que se refere ao enfrentamento da violência sexual pelos serviços de saúde. Tais medidas se dão tanto na assimilação de que a violência representa uma violação dos direitos humanos como também na constatação de que esta é uma importante causa do adoecimento e sofrimento, sendo fator de risco para diferentes problemas de saúde, tanto psicológicos quanto físicos (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Apesar desses avanços, os serviços de saúde nem sempre ofertam uma resposta cabida para o problema, que se torna diluído entre outros agravos, sem que seja levada em consideração a reincidência do ato que provocou aquela morbidade (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009). Apesar de sua elevada prevalência, a violência contra mulher ainda é pouco reconhecida nos serviços de saúde, sendo caracterizada como um problema profundamente difícil de ser abordado (SUGG; INUI, 1992; MONTEIRO et al., 2006). A literatura tem citado como principais obstáculos para a identificação da VPI pelos profissionais de saúde a ausência de treinamento, falta de segurança, falta de conhecimento sobre o manejo dos casos e pouco apoio para as vítimas (SUGG; INUI, 1992; MONTEIRO et al., 2006). Além disso, muitos profissionais tendem a assimilar a violência como problemática que diz respeito apenas ao setor da segurança pública e da justiça (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

De acordo com Silva (2003), essa “invisibilidade” da violência deriva do fato de alguns setores ainda se restringirem a cuidar dos sintomas das doenças e não utilizarem instrumentos capazes de identificar o problema. Dessa maneira, as intervenções acabam por expor respostas limitadas dos serviços para as necessidades das mulheres, pois, visto que a situação de violência não se encerra, as repercussões sobre a debilidade física ou mental reaparecem e voltam a pressionar os serviços (SCHRAIBER et al., 2002).

O fato é que os serviços de saúde têm a responsabilidade de se constituírem como um local de acolhimento e estruturação de projetos de apoio, ao contrário de serem mais um obstáculo na tentativa efetuada pelas mulheres de transformar sua condição de opressão. Esse espaço é relevante na detecção da violência e a identificação deve se instituir no início de um processo que apoie as usuárias na superação e rompimento do ciclo de violência (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Nesse âmbito, o profissional Enfermeiro exerce importante papel na prevenção e no combate à VPI, considerando seu olhar qualificado, seu vínculo com os indivíduos e sua aptidão de inserção na comunidade (TAFT et al., 2012).

No que se refere ao atendimento às vítimas de violência doméstica, os enfermeiros atuam como *expertise* na conexão de saberes e práticas ao cuidado individual e coletivo, envolvendo a equipe de referência (GOMES et al., 2013). Quando comparados aos demais profissionais de saúde, são fundamentais para a sensibilização e o acolhimento apropriado das vítimas, reconhecendo as suas reais necessidades, estabelecendo o vínculo necessário e a notificação compulsória das ocorrências de suspeita ou confirmação de violência (SILVA et al., 2015).

A complexidade desse tipo de agravo exige dos profissionais de saúde capacitação especial para rastrear a violência contra a mulher e as desigualdades de gênero adotadas socialmente. A Enfermagem, de corpo majoritariamente feminino e de olhar social, traz consigo o potencial de transformar as reflexões sobre gênero para a prática diária, ampliando a compreensão do problema (DUARTE et al., 2015). Além disso, a base teórica da Enfermagem viabiliza às vítimas cuidados adequados, bem como o cuidado à sua integridade como um todo, assistindo à participação da mulher durante todo o processo promovendo sua recuperação e reinserção social (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2014).

Enfim, falar da violência contra a mulher e o impacto que esse fenômeno traz para a saúde é de grande relevância, não apenas pela complexidade e escassez de estudos disponíveis, mas pelo fato de a violência contra a mulher provocar consequências na qualidade de vida e exigir atenção e cuidado dos serviços de saúde (MINAYO, 2004). Dessa maneira, este estudo pretende testar a hipótese de que mulheres em situação de violência durante a gestação ou que vivenciaram a violência na vida apresentam maiores prevalências de sinais e sintomas de depressão pós-parto.

3 OBJETIVOS

GERAL

- Estudar as implicações das experiências de violências na ocorrência de sinais e sintomas da depressão pós-parto.

ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência de sinais e sintomas da depressão pós-parto;
- Examinar a associação entre sinais e sintomas da depressão pós-parto e a experiência de violência.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico, observacional do tipo transversal, o qual se caracteriza pela observação direta de um grupo de indivíduos em um único momento, de modo que os objetivos do estudo estarão sempre associados a indivíduos em local e época demarcados. O analítico evidencia relações de causalidade; no geral, no caso de estudos transversais, apontam associação entre variáveis (MEDRONHO et al., 2009).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado na Maternidade de Cariacica, município metropolitano localizado no Espírito Santo, com 348.738 pessoas como população residente, com índice de desenvolvimento humano municipal de 0,718 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Trata-se de uma maternidade referência no atendimento à gestação de baixo risco, gerenciada pela Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES), todos os atendimentos são realizados pelo SUS e o custeio é feito pelo Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, oferecendo serviços de ambulatório, atendimento às urgências/emergências obstétricas 24 horas e internação. Para este, são destinados 45 leitos de enfermaria obstétrica e 04 de pré-parto.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram convidadas para participar do estudo puérperas internadas na maternidade Municipal de Cariacica, com no mínimo 24h de pós-parto, de feto vivo (acima de 500 gramas). O tempo do intervalo de pós-parto foi definido a partir de publicações similares; pensando em um menor tempo possível, mas hábil, para recuperação e restabelecimento após o parto, independente da via (MATTAR et al., 2007; DINIZ et al., 2011; LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

4.4 AMOSTRA

A amostra foi calculada considerando uma média de 320 internações/mensais, ou seja, em torno de 3840 internações/ano financiadas pelo SUS em 2017. Para o cálculo da prevalência de violências praticadas pelo parceiro íntimo, adotou-se um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e de acordo com a literatura a prevalência de VPI na gestação de 20,0% (OLIVEIRA et al., 2015). Considerando 10,0% de perda e 30,0% para fatores de confusão, a amostra foi composta por 330 mulheres.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critério de inclusão foi adotado ter tido parceiro íntimo na gestação. Caracteriza-se parceiro íntimo como o ex-companheiro ou companheiro, independentemente do vínculo formal, e namorados recentes desde que mantendo relações sexuais (DURAND; SCHRAIBER, 2007). Além disso, as puérperas deviam estar hospitalizadas há no mínimo 24 horas, com registro de parto de fetos vivos (acima de 500 gramas), independente da via de parto e faixa etária.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não foram consideradas as puérperas com deficit de audição, linguagem, cognitivo ou quadro de demência que de alguma forma prejudique ou impeça o adequado entendimento do estudo, bem como mulheres em puerpério internadas por óbito fetal ou aborto.

4.7 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados constituem-se em quatro conjuntos de questões. O primeiro conjunto incluiu questões relacionadas às características da participante (aspectos demográficos, socioeconômicos, comportamentais, experiência de vida e clínicos). Em seguida, para rastrear a violência na vida e na gestação, aplicou-se o instrumento da OMS intitulado “World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW STUDY) (SCHRAIBER et al., 2010), que tem por objetivo discriminar

diferentes formas de violência contra mulheres, praticadas pelo parceiro íntimo, em seus domínios psicológico, físico e sexual. Esse instrumento foi validado para o português e apresenta elevada consistência interna, encontrada pelos coeficientes de Cronbach (ANEXO A) (SCHRAIBER et al., 2010).

Por fim, em relação ao rastreamento da depressão puerperal, utilizou-se o questionário construído com base na Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (ANEXO B).

Para maior confiabilidade dos dados reprodutivos da mulher, o prontuário foi consultado.

4.8 VARIÁVEIS EM ESTUDO

4.8.1 Variável dependente

4.8.1.1 Depressão Pós-parto

Os sinais e sintomas de DPP foram mensurados pelo instrumento EPDS (ANEXO B), instrumento de autoavaliação que contém dez questões acerca dos últimos 07 dias, com quatro alternativas que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com o aparecimento ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, ausência do prazer, distúrbio do sono, redução do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999).

Escore alcançados na EPDS iguais ou maiores que 10 identificam risco para depressão pós-parto. Esse ponto de corte foi embasado em estudo de validação realizado no Brasil com mulheres entre a sexta e a vigésima quarta semanas pós-parto, por exibir alta sensibilidade (92%), e especificidade de 66%, com eficiência mundial de 75% para a precisa identificação de mulheres deprimidas (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999).

4.8.2 Variáveis independentes

Quadro 1 - Descrição das variáveis independentes

Indicadores	Variáveis	Escala de medida
Demográficas e socioeconômicas	Idade	Numérica do tipo discreta
	Religião	Dicotômica (sim/não)
	Raça/Cor	Branca; Negra; Amarela; Parda; Outras
	Situação conjugal	Casada; União consensual; Solteira/Namorando
	Grau de escolaridade	Até Ensino fundamental completo; Até Ensino médio completo; Até Ensino superior completo
	Renda total	Até 01 salário mínimo; Acima de 01 salário mínimo
Variáveis clínicas	Gravidez desejada	Dicotômica (sim/não)
	Doença durante a gravidez	Dicotômica (sim/não)
	Número de gestações	Numérica do tipo discreta
	Tipo de parto mais recente	Cirúrgico; Vaginal
	História de abortamento	Dicotômica (sim/não)
	Número de consultas no pré-natal	Numérica do tipo discreta
	Preferência pelo sexo da criança	Dicotômica (sim/não)
	Pensar em interromper a gestação	Dicotômica (sim/não)
Variáveis comportamentais	Uso de álcool antes da gestação	Dicotômica (sim/não)
	Uso de álcool na gestação	Dicotômica (sim/não)
	Tabagismo na vida	Dicotômica (sim/não)
	Tabagismo durante a gestação	Dicotômica (sim/não)
	Uso de drogas	Dicotômica (sim/não)

	ilícitas na vida	
	Uso de drogas ilícitas durante a gestação	Dicotômica (sim/não)
Variáveis experiências de violência	Abuso sexual na infância (≤ 15 anos)	Dicotômica (sim/não)
	Questionário <i>WHO VAW STUDY</i> ao longo da vida	Violência emocional; Violência física; Violência sexual
	Questionário <i>WHO VAW STUDY</i> durante a gestação	Violência emocional; Violência física; Violência sexual

Fonte: Santos e Leite (2018)

4.9 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, as puérperas internadas na maternidade foram convidadas para participar da pesquisa, sendo inicialmente contatadas e orientadas quanto ao objetivo do estudo. Após a concordância, foram submetidas à entrevista face a face por meio de uma entrevistadora mulher treinada. A entrevista foi realizada em local privativo, sendo permitida somente a presença do filho recém-nascido. Foram entrevistadas 330 puérperas durante o período de agosto a outubro de 2017.

Vale destacar que a entrevista só aconteceu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Nos casos em que a puérpera fosse menor de idade e não emancipada também foi solicitada a assinatura do responsável legal.

Vale referir que, por trata-se de uma pesquisa que trabalha a temática da violência, após a entrevista, a toda a mulher em situação de VPI foi oferecido encaminhamento à equipe multidisciplinar. Além disso, a toda mulher, ao final da coleta de dados, foi entregue um *folder* informativo sobre a violência e os principais serviços de atendimento às mulheres no município de Cariacica (APÊNDICE D).

4.10 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

O treinamento dos entrevistadores foi realizado pelo pesquisador responsável, juntamente com a orientadora, no mês de julho de 2017, contabilizando 20 horas de treinamento, no qual as entrevistadoras foram capacitadas para aplicação dos instrumentos, sendo ainda orientadas quanto aos aspectos éticos, privacidade, neutralidade e sigilo durante o processo da entrevista e à rotina para a coleta de dados.

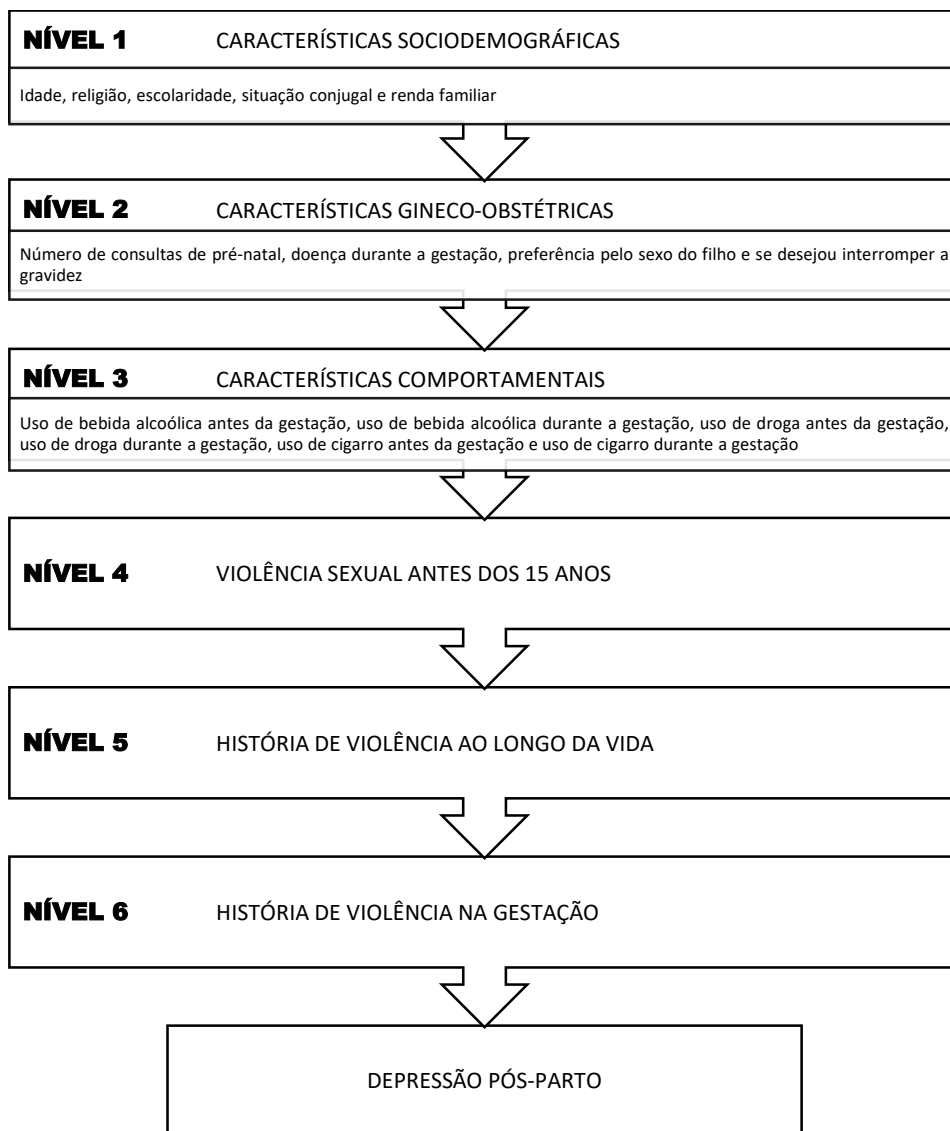
4.11 TESTE PILOTO

O teste piloto foi realizado antes da coleta de dados. As entrevistadoras foram acompanhadas pelo pesquisador responsável pela pesquisa e avaliadas quanto à abordagem à mulher, habilidade e aplicação correta dos instrumentos. As entrevistas realizadas nesse período não fizeram parte da amostra selecionada no presente estudo.

4.12 ANÁLISE DE DADOS

As análises foram realizadas com o pacote estatístico Stata 13.0. Inicialmente, foram feitos os testes Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme pressupostos. De acordo com o modelo hierárquico (Figura 1), realizou-se a análise ajustada, controlando os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão no modelo múltiplo, limitou-se a um valor de $p < 0,20$ e foram mantidas no modelo as variáveis que apresentavam significância estatística ($p < 0,05$). Tais análises foram conduzidas por meio de regressão de Poisson. Utilizou-se razão de prevalência como medida de efeito.

Figura 1 - Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para o desfecho da depressão pós-parto



Fonte: Santos e Leite (2018)

4.13 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi enviado à coordenação da Maternidade Municipal de Cariacica – ES para análise e aprovação. Em seguida, por tratar-se de um estudo que envolve seres humanos, respeitando a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes via Plataforma Brasil e aprovado sob inscrição CAAE 69026517.2.0000.5071 no parecer de número 2.149.430 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 PRODUTO 1

“Tecnologia educacional em forma de *folder*”

Tecnologia educacional em formato de *folder* que tem por objetivo orientar as mulheres quanto ao que vem ser a violência, os diferentes tipos, bem como as formas de enfrentamento e redes de apoio.

Equipe técnica: Enf.^a Dherik Fraga Santos e Prof.^a Dr.^a Franciéle Marabotti Costa Leite.

O registro do produto foi realizado na Biblioteca Nacional no que se refere ao registro de direitos autorais, com o código de protocolo 4937/RJ/2018, de 28/03/2018.

5.1.1 Introdução

A violência contra a mulher perdura no tempo e transpassa por todas as classes sociais, em diferentes culturas e sociedades (GAMBINI, 1998). A complexidade da questão exige variadas abordagens e olhares sobre o mesmo objeto para a estruturação conjunta de soluções, integrando os múltiplos saberes e práticas envolvidos (MALTA, 2007).

Nesse contexto, o enfermeiro, que possui um relevante papel educador no âmbito da saúde, pode colaborar para o empoderamento e o avanço da qualidade de vida de seus pacientes (FONSECA et al., 2011). Para tanto, a utilização de tecnologias educacionais pode apoiar o profissional nesse processo.

Na área da saúde, as tecnologias podem ser categorizadas em Tecnologias Educacionais (ferramentas que auxiliam o processo de ensinar e aprender, empregadas no processo de educação), Tecnologias Assistenciais (ferramentas que subsidiam o processo de cuidado, operadas por profissionais de saúde com os usuários) e Tecnologias Gerenciais (ferramentas que amparam os processos de gestão) (NIETSCHE, 2005).

Vale destacar que a tecnologia educacional elaborada neste estudo não se limita apenas ao equipamento (*folder*), mas abrange a organização de ações,

execução e avaliação de todo o processo educativo com um grupo de puérperas. Pois, faz-se necessário que o diálogo entre o enfermeiro e seu paciente seja efetivo, proporcionando trocas de experiências para que os participantes se tornem ativos no processo de construção e multiplicação de seus conhecimentos (FONSECA et al., 2011).

5.1.2 Produto

Trata-se da confecção de um *folder* informativo impresso que tem por objetivo oferecer às mulheres e demais sujeitos conhecimento sobre o que é o fenômeno da violência, os tipos, suas implicações e os contatos da rede municipal de apoio. Espera-se que esse material seja uma ferramenta no enfrentamento da violência contra a mulher.

Percebe-se que, em atividades de educação em saúde, o *folder* pode constituir um instrumento que funcione como um facilitador na transmissão da informação.

Abaixo, apresenta-se o *folder* que foi elaborado.

Figura 2 - *Folder* informativo – frente

PROCURE AJUDA	
ORGÃO	TELEFONE
Denúncia	Disque 180 Disque 100
Emergência	Polícia Militar 190 Polícia Civil 197
Delegacia de atendimento à Mulher – CARIACICA	3136-3118
Conselho Municipal dos Direitos da Mulher - CARIACICA	3226-5488
Centros de Referência Especializados de Assistência Social - (CREAS) CARIACICA	3346-6335
Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVÍVIS)	3335-7184

ELABORAÇÃO

Enf. Mestrando Dherik Fraga Santos

Prof. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite



APOIO



Violência

Contra a

Mulher





Quebre o

ciclo desse

crime

Fonte: Santos e Leite (2018)

Figura 3 - Folder informativo – verso

 <p>NÃO ACEITA QUE DÓI MENOS!!!</p> <p>CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER</p> <p>A violência contra mulher afeta a saúde da vítima. Tem como consequências:</p> <p>Gravidez indesejada; abortos; doenças sexualmente transmissíveis; problemas cardiovasculares, gastrointestinais; dores crônicas; ansiedade; estresse; depressão; menor frequência da realização de exame preventivo para o câncer de colo do útero;</p> <p>COMIGO NÃO</p>	<p>TIPOS DE VIOLÊNCIA (Conforme Lei Maria da Penha)</p> <p>Violência Física: Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal. (Exemplo: quando empurrada, chutada, amarrada, agredida, violentada)</p> <p>Violência Psicológica: Qualquer dano emocional, diminuição da autoestima, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, perseguição, insulto e chantagem.</p> <p>Violência Sexual: Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, negar direito a métodos contraceptivos, negar uso de preservativo.</p> <p>Violência Patrimonial: retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetivos, instrumentos de trabalho ou recursos econômicos. (Exemplo: controla seu dinheiro, não te deixa trabalhar, oculta bens e propriedades, destrói seus bens, não te dá permissão para certas compras)</p> <p>Violência Moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.</p>	<p>O QUE É VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER</p> <p>Qualquer ato ou comportamento baseado no gênero, que cause morte, prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.</p> <p>O QUE É A LEI MARIA DA PENHA?</p> <p>É a lei que aumenta o rigor das punições aos casos de violência contra a mulher quando ocorridas no ambiente doméstico ou familiar e prevê a adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.</p> 
--	--	--

Fonte: Santos e Leite (2018)

5.2 PRODUTO 2

“Rastreamento da violência doméstica por meio da avaliação de admissão realizada pela enfermagem”

Rastreamento da violência doméstica por meio da avaliação de admissão realizada pelos enfermeiros a todas as mulheres atendidas na Maternidade Municipal de Cariacica/ES.

5.2.1 Introdução

O profissional Enfermeiro exerce importante papel na prevenção e no combate à violência doméstica, considerando seu olhar crítico, sua proximidade com os indivíduos e sua facilidade de inserção na comunidade (TAFT et al., 2012). Para tanto, o enfermeiro deve fazer uso de dois instrumentos de seu cotidiano: primeiro o

processo de enfermagem que sistematiza e qualifica sua assistência; e segundo a educação em saúde, seguramente entre as principais ações realizadas na prevenção e no cuidado às pessoas vítimas de violência (GAZZINELLI et al., 2005).

O processo de enfermagem, regulamentado pela Resolução COFEN 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essa sistematização organiza o trabalho do profissional Enfermeiro, tornando possível a aplicação do processo de Enfermagem, sendo uma de suas etapas o processo de coleta de dados. Para isso, faz-se necessário o uso de instrumentos que guiem os tipos específicos de dados a serem coletados e analisados, direcionando-os para cada circunstância (CLEIRES et al., 2015).

As unidades de internação da Maternidade Municipal de Cariacica possuem formulários institucionais próprios de coleta de dados na admissão e evolução diária das mulheres internadas nas enfermarias com foco na saúde reprodutiva da mulher. Entretanto, são formulários que não fazem menção a rastreio de situações de violência. Portanto, torna-se relevante a implementação do rastreio para posterior intervenção nessa área.

5.2.2 Produto

Figura 4 - Formulário de sistematização da assistência de enfermagem na admissão do paciente no Hospital Evangélico de Vila Velha/ES, páginas 1 e 4

ALTA		SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem		Código: SAS FR.0003		Data de Elaboração: 19/05/2014		Versão: 001		Evangelico	
SINAIS VITAIS/CLÍNICOS NO MOMENTO DA ALTA											
T	P	R	PA								
Tipo de Alta											
<input type="checkbox"/> Rotina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Transferência:											
COMO O PACIENTE SE APRESENTA											
<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Acompanhado Por quem:											
<input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/> Maca Outros:											
Estado Psíquico											
<input type="checkbox"/> Lúcido (orientado no tempo e espaço) <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora											
Orientações dadas pela Equipe											
Receitas: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Registro de Alta: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO											
Exames prescritos para o domicílio: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quais:											
Encaminhado para algum programa: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual:											
Rotinas especiais de cada serviço:											
ENFERMAGEM Ass./Carimbo Data: / / Hora:											
Declaro ter lido a entrega ao paciente/responsável legal, as orientações de Alta e ter esclarecido todas as dúvidas pertinentes:											
Motivo da internação envolve agressão (NOTIFICAR SE "Sim" OU "Suspeita") <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual											
Declaro ter recebido o(s) Plano(s) de Alta, contendo as orientações e instruções por escrito dos cuidados que deverão ser realizados em domicílio, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados. Assim, declaro me comprometer a executá-los integralmente.											
Vila Velha, _____ de _____ de _____.											
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal											
AEBES - IOR Documento de Referência: IN - Sistematização da assistência de enfermagem											

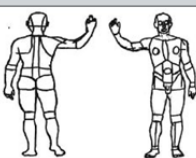
ADMISSÃO		Código: SAS FR.0003		Data de Elaboração: 19/05/2014		Versão: 001		Evangelico	
Paciente: _____ Atendimento: _____									
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Tipo de Internação: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Emergência Procedência: _____									
Motivo da internação: _____									
Clínica: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Cirúrgica Especialidade: _____									
HISTÓRIA CLÍNICA									
Outras patologias <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Quais: _____									
Alergias <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Quais: _____									
Tabagismo <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> EX Etilismo <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> EX Obesidade <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> EX									
Drogas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> EX Desintoxicação <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual									
Motivo da internação envolve agressão (NOTIFICAR SE "Sim" OU "Suspeita")									
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual									
Faz uso de medicamentos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Quais: _____									
COMO O PACIENTE SE APRESENTA									
<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Acompanhado Por quem:									
<input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Andando Outros:									
Próteses <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Deficiência física <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Deficiência visual: Qual: _____									
SINAIS VITAIS/CLÍNICOS NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO									
P	R	PA	Peso	Kg	NA				
Trouxe Exames <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Quais: _____									
INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA/HÁBITOS FISIOLÓGICOS									
Lesões presentes <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Quais: _____									
Sondas, Cateteres, Fístula Artério-Venosa e outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Quais: _____									
Tipo de precaução _____									
ENFERMEIRO Ass./Carimbo Data: / / Hora: :									

Fonte: Santos e Leite (2018)

Figura 5 - Formulário de sistematização da assistência de enfermagem na admissão do paciente no Hospital Evangélico de Vila Velha/ES, páginas 2 e 3

EXAME FÍSICO E HISTÓRICO			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
Nível de Consciência			
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Torporoso
		<input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Sonolento	
Neuromotora			
<input type="checkbox"/> Hemiparesia D <input type="checkbox"/> Hemiparesia E <input type="checkbox"/> Hemiplegia D <input type="checkbox"/> Hemiplegia E		<input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Traq. muscular	
Resposta motora			
<input type="checkbox"/> Flacidez anormal a estímulo doloroso		<input type="checkbox"/> Localiza a dor	
<input type="checkbox"/> Reflexo de retirada a estímulo		<input type="checkbox"/> Extensão a estímulo doloroso	
		<input type="checkbox"/> Obedece a comando <input type="checkbox"/> Não se movimenta	
Abertura Ocular: <input type="checkbox"/> ausente		Pupilas	
<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando	<input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Fotomágoe	<input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Cateter de O ₂		<input type="checkbox"/> AVM [TOT/TOT] <input type="checkbox"/> BIPAP/CAPAP	
<input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquipnéico		<input type="checkbox"/> Bradipnéico <input type="checkbox"/> Dispneico	
Tosse		Secreção	
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Produtiva		<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Espessa <input type="checkbox"/> Fluida	
Ausculta			
<input type="checkbox"/> MV diminuídos à D <input type="checkbox"/> MV diminuído à E <input type="checkbox"/> Roncos: _____ <input type="checkbox"/> Sibilos: _____ <input type="checkbox"/> MVF s/ RA <input type="checkbox"/> Crepitações			
<input type="checkbox"/> Tórax D <input type="checkbox"/> Tórax E <input type="checkbox"/> Mediastino <input type="checkbox"/> Suctor <input type="checkbox"/> Tubular <input type="checkbox"/> Pen Rose: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
Pulso periférico/FC			
<input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Perfução capilar normal <input type="checkbox"/> Perfução capilar alterada			
SISTEMA GASTROINTESTINAL			
Abdome			
<input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Detendido <input type="checkbox"/> Doloroso		<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Semi Globoso <input type="checkbox"/> Palpação Superficial	
<input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Indolor		<input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Palpação Profunda	
Ausculta			
Peristálse: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes Sons: <input type="checkbox"/> Timpanico <input type="checkbox"/> Maciço			
Dieta			
<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> SNG/SOG			
ELIMINAÇÕES			
Urinárias			
<input type="checkbox"/> Fluxo adequado <input type="checkbox"/> Incontinência		<input type="checkbox"/> Aspecto fisiológico <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVA	
<input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Hematúria		<input type="checkbox"/> Concentrado <input type="checkbox"/> Coletor <input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Olígúria		<input type="checkbox"/> Irrigação <input type="checkbox"/> Falda <input type="checkbox"/> Nefrostomia	
<input type="checkbox"/> Nictúria <input type="checkbox"/> Piúria		<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Ureterostomia	
Intestinais		Aspecto	
<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Sanguinolenta	
<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia		<input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquido-Pastosos	
ENFERMEIRO Ass./Carimbo			
		Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____	

COLORAÇÃO E HIDRATAÇÃO DA PELE	
<input type="checkbox"/> Hidratado	<input type="checkbox"/> Acianótico
<input type="checkbox"/> Desidratado: __+/+	<input type="checkbox"/> Cianótico: __+/+ <input type="checkbox"/> Anicérico <input type="checkbox"/> Corado <input type="checkbox"/> Descamativo
	<input type="checkbox"/> Ictérico: __+/+ <input type="checkbox"/> Hipocrórico: __+/+
INTEGRIDADE CUTÂNEA	
<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Comprometida	
Caso integridade Cutânea for comprometida é necessário preencher avaliação abaixo.	
Topografia da lesão	
Localização da Lesão Tecidual:	Aspecto da Lesão:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.



Compimento	Largura	Tamanho cm²	Profundidade	Cuidado utilizado segundo o nível de responsabilidade
1.				
2.				
3.				
4.				

Evolução das feridas: _____

Data da próxima avaliação: ____ / ____ / ____

ENFERMEIRO Ass./Carimbo		Date: ____ / ____ / ____
		Hora: ____ : ____

Legenda de Avaliação de Lesão Tecidual			
Pele Perilesional	Leito da ferida	Tipo de Necrose	Dor
Desidratada Hiperempenhada Seca Tensa Descarnativa Fria Quame Pruriginosa	Graudeja Infilção Galeata Necrose	Fibrilha amarelada/alvo Fibrilha amarelada/alvo Tecido preto/amarelo/pálido Tecido preto/amarelo/alvo Branco/ruivo Coque estranho	Leve Moderada Diurna Noturna Aguda Queima Incomum
Borda da ferida			

Fonte: Santos e Leite (2018)

5.3 PRODUTO 3

Artigo: “IMPLICAÇÕES DA VIOLÊNCIA NA OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO”

RESUMO

OBJETIVO: identificar a prevalência de sinais e sintomas da depressão pós-parto entre puérperas e examinar a associação com a experiência de violência. **MÉTODO:** trata-se de estudo transversal, realizado com puérperas internadas em uma maternidade municipal de Cariacica – Espírito Santo. A coleta de dados foi feita por entrevistadoras devidamente treinadas, utilizando um formulário contendo dados de caracterização socioeconômica, comportamental e clínica. Para o rastreamento da violência, na vida e na gestação, praticada pelo parceiro íntimo, aplicou-se o instrumento da Organização Mundial de Saúde, que possibilita a identificação das violências psicológica, física e sexual. A identificação do desfecho em estudo, a depressão pós-parto, foi obtida por meio da Escala de *Edinburgh Postnatal Depression*. Os dados coletados foram analisados no programa Stata 13.0, no qual foram realizadas as análises: teste qui-quadrado de Pearson e Regressão de

Poisson. **Resultados:** do total das participantes, 36,7% (IC95%: 31,6-42,0) apresentaram sinais e sintomas de depressão pós-parto. Mulheres que vivenciaram violência de seus companheiros ao longo da vida tiveram 1,9 vezes mais prevalências de sinais e sintomas de depressão. Aquelas que vivenciaram a agressão na gestação apresentaram um aumento de 38,0% desse agravo ($p=0,037$). **Conclusão:** os dados apresentados mostram a elevada prevalência de puérperas com sinais e sintomas de DPP e que a experiência de violência esteve associada a maiores frequências desse evento.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Saúde da Mulher; Depressão Pós-Parto.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of postnatal depression signs and symptoms, and to assess its association with the experience of violence. **Method:** This is a transversal study done with women who have recently given birth hospitalized at a Municipal Maternity of Cariacica – Espírito Santo. Data collection was done by properly trained interviewers, using a form containing socio-economic, behavioural and clinical characteristics. For violence perpetrated by an intimate partner screening throughout life and during pregnancy the World Health Organization instrument was applied, enabling the identification of psychological, physical and sexual violence. The identification of the study's endpoint – postnatal depression – was done using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The data collected was analysed in the Stata 13.0 software, where the Chi-square Test and the Poisson Regression analysis were done. **Results:** 36.7% (IC 95%: 31.6-42.0) of the participants presented postnatal depression signs and symptoms. The women who have had the experience of intimate partner violence throughout their lives had 1.9 times higher prevalence of depression signs and symptoms. Those who experienced violence during their pregnancy presented a raise of 38.0% in this disorder ($p=0.037$). **Conclusion:** The data presented showed the high prevalence of women who have recently given birth with signs and symptoms of postnatal depression, and that the experience of violence was associated to higher rates of this event.

Keywords: Violence against Women; Intimate Partner Violence; Women's Health; Postnatal Depression.

INTRODUÇÃO

A palavra depressão no seu uso trivial pode expressar tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, síndrome, uma ou várias doenças. Constantemente esse agravo é relacionado a reações normais diante de determinados tormentos e sentimento de perda. Como síndrome ou doença, a depressão abrange alterações de humor, psicomotoras, cognitivas e vegetativas. Considerando sua elevada

prevalência e custos sociais, constitui um importante problema para a saúde pública (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Dentre os transtornos depressivos sofridos por mulheres, encontra-se a Depressão Pós-parto (DPP). Geralmente a sintomatologia da DPP não se diferencia da sintomatologia dos episódios de alteração do humor que acontecem fora do puerpério cujos sinais e sintomas iniciam nas quatro primeiras semanas do pós-parto, podendo seu início acontecer logo após o nascimento do bebê (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009), a DPP acomete de 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos e 19% em países em desenvolvimento (GELAYE et al., 2016). No Brasil, um artigo de revisão mostra uma prevalência da DPP que varia de 7,2% a 43% (CANTILINO et al., 2010). Vale considerar que determinadas características da mulher tendem a torná-la mais suscetível à ocorrência da DPP. A história de depressão anterior aumenta o risco em 25% a 50% de ocorrência de DPP (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2009). Além disso, outros aspectos como preferência pelo gênero do bebê, renda familiar, ansiedade, insatisfação com a gestação, baixa autoestima, estresse, multiparidade, experiência negativa do parto, tabagismo e violência na gestação têm sido frequentemente associados à maior ocorrência de DPP (ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011).

Estudo recente destaca que vítimas de violência física e psicológica antes ou durante a gestação evoluem para quadros de DPP (LIMA et al., 2017). Ainda, vale ponderar que a violência na gravidez pode levar a outras complicações biopsicossociais à saúde materno-fetal (ASLING-MONEMI et al., 2003). Nesse sentido, considerando o impacto gerado por esses agravos, os serviços de saúde têm a responsabilidade de se constituírem como um local de acolhimento na detecção da violência. A identificação deve se instituir no processo de apoio às usuárias não somente na superação, mas também no rompimento do ciclo de violência (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Diante do exposto, considerando a importância e magnitude da DPP e da violência na gestação, bem como o quanto esses agravos impactam negativamente na saúde da mãe e do bebê, justifica-se a realização deste estudo que tem por objetivos identificar a prevalência de DPP entre puérperas e examinar a associação com a experiência de violência.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, realizado em uma maternidade municipal de Cariacica, Espírito Santo. Participaram do estudo puérperas com no mínimo 24 horas de pós-parto à data da entrevista. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2017. As mulheres elegíveis foram abordadas na enfermaria da maternidade, quando foi explicada a pesquisa.

A entrevista ocorreu em local privativo da maternidade, com a presença apenas da entrevistada e da entrevistadora. É importante destacar que todas as entrevistadoras participaram de um treinamento para a padronização da entrevista e aplicação dos instrumentos. Ao final da entrevista era entregue um *folder* detalhado, contendo os principais serviços de atendimento às mulheres em situação de violência. Esse material educativo e de suporte foi entregue a todas as mulheres independentemente de relatos de violência. Além disso, caso fosse necessário, a mulher poderia ser encaminhada ao serviço de assistência social da instituição.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se uma prevalência de DPP de 20,0%, julgando aceitável uma margem de erro de cinco pontos percentuais e nível de 95% de confiança. Para estudar a associação entre a DPP e a violência na gestação, considerou-se um nível de confiança de 95%, poder de 80% e razão exposto/não exposto de 1:1. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas e 30% para análises ajustadas. Não houve recusa de participação no estudo.

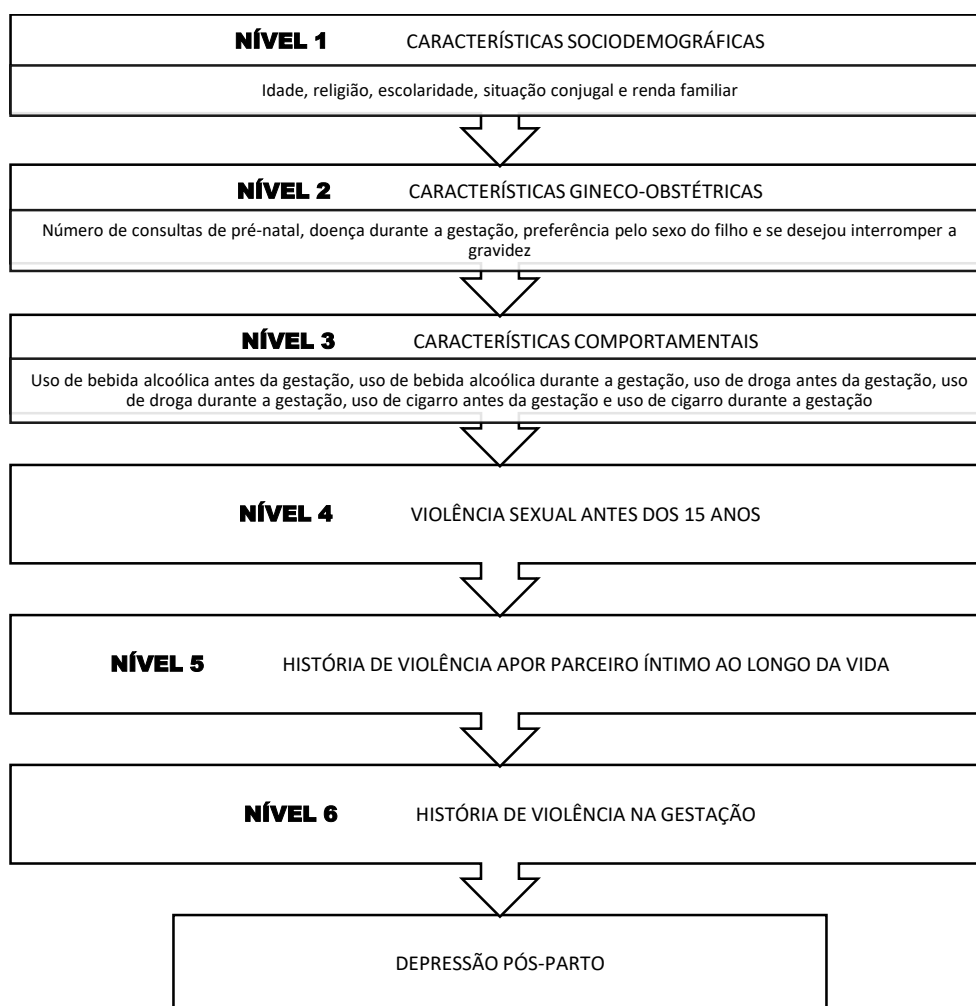
Para identificação do desfecho, DPP, utilizou-se a versão em português do questionário original do *Edinburg Depression Postpartum Scale* (EDPS). Esse questionário é validado para uso no Brasil e tem por objetivo rastrear mulheres com DPP. O EPDS contém 10 questões com quatro alternativas pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou acentuação dos sintomas: ideias de morte, suicídio, humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, diminuição do desempenho, perda do prazer e culpa (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999). A DPP foi considerada presente quando a mulher atingia uma pontuação maior ou igual a 10.

Para a identificação das demais variáveis sociodemográficas, aplicou-se um instrumento contendo: idade (14 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 44 anos); cor da pele autorreferida (conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010): branca, preta, parda e outras; escolaridade (até ensino fundamental

completo; até ensino médio completo; até ensino superior completo); situação conjugal (casada; solteira; em união consensual, ou seja, vive com o parceiro, mas não é legalmente casada); religião (sim; não) e renda familiar (até 01 salário mínimo; de 02 a 03 salários mínimos; acima de 03 salários mínimos). Em relação a características obstétricas e ginecológicas, questionou-se o número de consultas de pré-natal (Até 05 consultas; igual ou maior que 06), tipo de parto (cirúrgico; vaginal), número de gestações (até 2; 3 ou mais), preferência pelo sexo do bebê, doença na gestação, histórico de aborto e se desejou interromper a gestação, sendo registradas de forma dicotômica (sim; não). Quanto às variáveis comportamentais, foram analisadas uso de bebida alcoólica, drogas e cigarro antes e durante a gestação (sim; não). No que tange à experiência de violência, a mulher foi perguntada: “Antes dos 15 anos, a senhora sofreu violência sexual?”, sendo apresentada de forma dicotômica (sim; não). Para identificação de violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo (psicológica, sexual ou física), ao longo da vida e na gestação, utilizou-se a versão reduzida do questionário original da OMS para rastreamento da violência. Esse questionário é validado para uso no Brasil e tem por objetivo discriminar as diferentes formas de violência contra mulheres, por meio de suas 13 questões tem capacidade de discriminar as diferentes formas de violência em contextos sociais diversos. Esse instrumento possui elevada consistência interna, apresentada pelos coeficientes de *Cronbach* (média de 0,88) (SCHRAIBER et al., 2010).

As análises foram realizadas com o pacote estatístico Stata 13.0. Inicialmente foram feitos os testes Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme pressupostos. De acordo com o modelo hierárquico (Figura 1), foi feita a análise ajustada, controlando para os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão no modelo múltiplo, limitou-se a um valor de $p < 0,20$ e foram mantidas no modelo as variáveis que apresentavam significância estatística ($p < 0,05$). Tais análises foram conduzidas por meio de regressão de Poisson. Utilizou-se razão de prevalência como medida de efeito. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob inscrição CAAE 69026517.2.0000.5071 (Parecer 2.149.430/2017).

Figura 1 - Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para o desfecho da depressão pós-parto



Fonte: Santos e Leite (2018)

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 330 puérperas que atendiam aos critérios de inclusão, não havendo recusas. Observa-se que 36,7% (IC95%: 31,6-42,0) das participantes apresentaram sinais e sintomas de DPP (Dado não apresentado em tabela). As características das participantes podem ser vistas na Tabela 1. Verifica-se que, na sua maioria, as puérperas se encontravam na faixa entre 20 e 29 anos (52,4%), eram religiosas (72,1%), declaravam-se pardas (57%), haviam cursado até o ensino fundamental completo (59,7%), possuíam renda entre dois e três salários mínimos (46,4%) e afirmaram possuir união consensual conjugal (52,1%).

Quanto às características obstétricas/ginecológicas, 44,5% referiam duas ou três gestações e 78,5% afirmaram não possuir histórico de aborto. Sobre a gestação mais recente, 60% tiveram número de consultas de pré-natal igual ou maior a seis, 77,6% relataram não ter apresentado complicações na gestação, 64,2% realizaram parto vaginal, 51,8% afirmaram não ter tido preferência pelo sexo do bebê e cerca de 16,0% desejaram interromper a gravidez. Ainda, observa-se que durante a gestação aproximadamente 10,0% fizeram uso de bebida alcoólica e cigarro, e 3,3% relataram uso de drogas.

A análise bivariada mostrou maiores prevalências de sinais e sintomas DPP no grupo de mulheres entre 14-19 anos de idade ($P = 48,8\%$; $p=0,014$), que cursaram até o ensino fundamental completo ($P = 44,2\%$; $p=0,003$), solteiras ($P = 52,1\%$; $p=0,009$) e que relataram ter renda de até um salário mínimo ($P = 45,9\%$; $p=0,004$). Ainda, constata-se maiores prevalências da depressão entre aquelas que realizaram um menor número de consultas de pré-natal ($P = 47,7\%$; $p = 0,001$), que apresentaram doença durante a gestação ($P = 47,3\%$; $p = 0,031$), com preferência pelo sexo do bebê ($P = 42,8\%$; $p = 0,027$) e não desejaram interromper a gestação ($P = 79,8\%$; $p=0,000$). Além disso, a prevalência de sinais e sintomas de DPP foi maior entre as mulheres que fizeram uso de álcool e cigarro na gestação ($P= 61,8\%$; $p=0,001$ e $P = 59,4\%$; $p=0,005$, respectivamente).

Tabela 1 - Prevalência na depressão pós-parto segundo características sociodemográficas, obstétricas/ginecológicas e comportamentais. Cariacica, Espírito Santo, Brasil. Agosto a outubro, 2017 (n=330).

	N	P (IC 95%)	p-valor
Sociodemográficas			
Idade (anos)			
14-19	82 (24,9)	48,8 (38,1-59,6)	0,014*
20-29	173 (52,4)	35,3 (28,5-42,7)	
30-44	75 (22,7)	26,7 (17,8-37,9)	
Raça/cor			
Branca	40 (12,1)	37,5 (23,8-53,5)	0,556
Negra	82 (24,8)	41,5 (31,2-52,5)	
Parda	188 (57,0)	35,6 (29,1-42,8)	
Outras	20 (6,1)	25,0 (10,5-48,6)	
Religião			
Não	92 (27,9)	44,6 (34,7-54,9)	0,064
Sim	238 (72,1)	33,6 (27,9-39,9)	
Escolaridade			
Até Ensino Fundamental Completo	197 (59,7)	44,2 (37,3-51,2)	0,003
Até Ens. Médio Completo	125 (37,9)	25,6 (18,7-34,0)	
Até Ens. Superior Completo	8 (2,4)	25,0 (5,6-65,0)	
Situação conjugal			
Casada	93 (28,2)	26,9 (18,8-36,9)	0,009
União consensual	172 (52,1)	36,6 (29,7-44,1)	
Solteira/Namorando	65 (19,7)	50,8 (38,7-62,8)	

Renda total (Salários mínimos)			
Até 01	146 (44,2)	45,9 (37,9-54,1)	0,004
De 02 a 03	153 (46,4)	31,4 (24,5-39,2)	
Acima de 03	31 (9,4)	19,3 (8,8-37,3)	
Obstétricas e Ginecológicas			
Número de consultas			
Até 05	132 (40,0)	47,7 (39,3-56,3)	0,001
Igual ou maior que 06	198 (60,0)	29,3 (23,3-36,0)	
Doença na gestação			
Não	256 (77,6)	33,6 (28,0-39,6)	0,031
Sim	74 (22,4)	47,3 (36,1-58,7)	
Número de gestações			
1	126 (38,2)	34,1 (26,3-42,9)	0,584
2-3	147 (44,5)	36,7 (29,3-44,9)	
4 ou mais	57 (17,3)	42,1 (29,2-55,3)	
Preferência pelo sexo do bebê			
Não	171 (51,8)	30,9 (24,5-38,4)	0,027
Sim	159 (48,2)	42,8 (35,2-50,6)	
Tipo de parto			
Cirúrgico	118 (35,8)	36,4 (28,2-45,5)	0,949
Vaginal	212 (64,2)	36,8 (30,5-43,5)	
Histórico de aborto			
Não	259 (78,5)	35,14 (29,5-41,2)	0,270
Sim	71 (21,5)	42,2 (31,2-54,1)	
Desejou interromper a gestação			
Não	277 (83,9)	30,3 (25,2-36,0)	0,000
Sim	53 (16,1)	69,8 (56,1-80,7)	
Comportamentais			
Uso de bebida alcoólica durante a gestação			
Não	296 (89,7)	33,8 (28,6-39,4)	0,001
Sim	34 (10,3)	61,8 (44,4-76,6)	
Uso de drogas durante a gestação			
Não	319 (96,7)	35,3 (30,6-41,2)	0,059
Sim	11 (3,3)	63,6 (32,4-86,4)	
Uso de cigarro durante a gestação			
Não	298 (90,3)	34,2 (29,0-39,8)	0,005
Sim	32 (9,7)	59,4 (41,6-75,0)	

*Valor do P de tendência.

Com relação às histórias de violência, 8,5% das participantes relataram ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos, 45,4% apresentaram histórico de VPI ao longo da vida e cerca de 12,0% foram vítimas de violência na gestação. Percebe-se, ainda, maiores prevalências de DPP entre mulheres que responderam afirmativamente às experiências de violência em estudo ($p < 0,05$). (Tabela 2)

Tabela 2 - Prevalência de depressão pós-parto segundo história de violência. Cariacica, Espírito Santo, Brasil. Agosto a outubro, 2017 (n=330)

	N	P (IC 95%)	p-valor
Violência Sexual antes dos 15 anos			
Não	302 (91,5)	34,8 (29,6-40,3)	0,019
Sim	28 (8,5)	57,1 (38,3-74,1)	
VPI na vida			
Não	180 (54,6)	22,2 (16,7-28,9)	<0,001
Sim	150 (45,4)	54,0 (45,9-61,9)	
VPI na gestação			
Não	291 (88,2)	32,0 (26,8-37,6)	<0,001
Sim	39 (11,8)	71,8 (55,6-83,8)	

Ao proceder à análise ajustada controlando para os possíveis fatores de confusão, conforme modelo hierárquico, nota-se que a associação entre ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos e sinais e sintomas de DPP deixou de existir ($p=0,075$), todavia permaneceram associados à maior prevalência de depressão pós-parto ter sido vítima de violência praticada por parceiro íntimo alguma vez na vida e na gestação. Mulheres que foram vítimas de seus companheiros ao longo da vida apresentam 1,9 vezes mais prevalências de sinais e sintomas de depressão pós-parto quando comparadas àquelas sem essa experiência. Do mesmo modo, grávidas que vivenciaram a agressão na gestação apresentaram um aumento 38,0% de DPP ($p=0,037$).

Tabela 3 - Análise bruta e ajustada da depressão pós-parto segundo história de violência. Cariacica, Espírito Santo, Brasil. Agosto a outubro, 2017 (n=330)

	RP Bruta	IC 95%	p-valor	RP Ajustada	IC 95%	p-valor
História de violência						
Violência Sexual antes dos 15 anos*						
Não	1,0			1,0		
Sim	1,64	1,15-2,35	0,006	1,43	0,96-2,12	0,075
VPI ao longo da Vida*						
Não	1,0			1,0		
Sim	2,43	1,78-3,32	<0,001	1,92	1,39-2,67	0,000
VPI na gestação**						
Não	1,0			1,0		
Sim	2,25	1,73-2,91	<0,001	1,37	1,03-1,85	0,038

*Ajustado para idade, renda, número de consultas de pré-natal, desejou interromper a gestação e bebida durante a gestação; ** Ajustado para idade, renda, número de consultas de pré-natal, desejou interromper a gestação, bebida durante a gestação e VPI na vida.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo remetem a importantes reflexões acerca da magnitude da DPP e ao impacto da experiência da violência na ocorrência desse desfecho. Observam-se elevadas prevalências de DPP entre as participantes deste estudo, bem como que a história de violência na vida e na gestação foi associada à maior ocorrência desse agravo.

A presente pesquisa revelou uma prevalência de 36,7% de puérperas com sinais e sintomas de DPP. Esse resultado é preocupante, pois se mostra consideravelmente maior que o encontrado em outros estudos, como aponta a pesquisa feita em São Paulo/Brasil por Mattar et al. (2007) que apresentou uma prevalência de 18% de DPP entre puérperas e de 23% no estudo feito por Biscegli et al. (2017), no mesmo estado, ambos realizados em serviços públicos de saúde, nos quais utilizaram o EDPS como instrumento de rastreamento de sinais e sintomas de DPP.

É importante ponderar que a DPP é uma doença incapacitante, que pode afetar os cuidados da mulher consigo mesma no pós-parto e com o neonato, resultando em diversos aspectos psicossociais entre mãe e bebê. Nesse sentido, a qualidade do relacionamento da mãe com o filho é comprometida (CUNNINGHAM et al., 2000). Dessa maneira, os achados do presente estudo apontam para a necessidade e importância da avaliação da saúde mental da gestante de forma sistematizada, sendo levado em consideração o quanto a depressão no período pós-parto pode estar presente e prejudicar o comportamento parental, o relacionamento com o parceiro e familiares, bem como o processo de construção do vínculo entre mãe e filho, e consequentemente o desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial da criança (JARDE et al., 2016; LEWIS; AUSTIN; GALBALLY, 2016; MCDONALD et al., 2016; SHAKEEL et al., 2015).

Ainda nesse contexto, é importante refletir sobre a importância do apoio social e a ocorrência da depressão pós-parto. Pesquisa com mulheres indianas observou que a dificuldade de relacionamento com pais e sogras é um dos fatores de risco para DPP (CHANDRAN et al., 2002). Achados confirmados em pesquisa brasileira que mostrou a relação entre risco de DPP e falta de apoio familiar (MELO JÚNIOR, 2012). Nesse mesmo sentido, estudo realizado com mães paulistanas constatou que

o suporte por parte do esposo apresentou efeito protetor em relação à depressão pós-parto (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Diante do exposto, é importante considerar a experiência da violência, fenômeno que pode estar presente em todas as fases de vida da mulher, inclusive durante a gravidez (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). A violência na gestação também constitui um grave problema de saúde pública devido ao elevado risco de morbimortalidade materna e neonatal (PALLITTO, 2004). Vivenciar a violência pode provocar na mulher sentimentos como medo, vergonha, baixa autoestima, culpa e, conseqüentemente, a ansiedade, o isolamento social e a depressão, sendo frequente entre as vítimas de violência doméstica o isolamento e a ausência de suporte familiar (XU et al., 2003).

Indo ao encontro dessas reflexões, a presente pesquisa revela que a vivência de violência por parte do parceiro íntimo, seja ao longo da vida ou durante a gestação, aumentou as prevalências de DPP. Esse achado vai ao encontro do estudo realizado na cidade de São Paulo, no qual aproximadamente 38,0% das puérperas com risco para DPP apresentavam história de abusos (MATTAR et al., 2007). Ainda, estudo feito na China (LEUNG et al., 2002) apontou que a agressão às gestantes determinou a ocorrência de danos psicológicos. Somando-se a isso estudo norte-americano verificou que mulheres com história atual ou passada de abuso físico ou sexual apresentaram taxas superiores de DPP na primeira semana, no segundo e no terceiro mês após o parto do que as que não foram violentadas (RECORDS; RICE, 2005).

Dessa maneira, é essencial que o profissional de saúde durante a assistência possua ferramentas para reconhecer e rastrear a violência contra a mulher, realizar as profilaxias, tratar as implicações desta, realizar a condução e acompanhamento dos casos e notificar a violência (BRASIL, 2012). Além disso, a notificação é de grande relevância, visto que subsidia a composição e execução de políticas públicas para o enfrentamento da violência, bem como atos de prevenção e proteção (DELZIOVO et al., 2018). O setor Saúde não somente deve acolher as vítimas como também efetuar a vigilância do problema, sustentando a implementação de medidas preventivas e acolhedoras (QUADROS et al., 2013).

Quanto às limitações do estudo, consideraram-se os dados de usuárias de serviço público de saúde, e não da população de mulheres como um todo. Assim, a generalização dos resultados deve ser feita com cautela. Porém isso deve ser

considerado especialmente quando se analisam as prevalências da DPP, uma vez que não se faz necessária a realização de estudo de base populacional para a investigação de associações. Ainda, como possível limitação na presente pesquisa, deve-se considerar a possibilidade de viés recordatório das situações vivenciadas em análise, entretanto cabe destacar que o autorrelato é bastante utilizado em pesquisas nacionais e internacionais, as quais foram utilizadas na comparação e na discussão dos resultados deste trabalho.

Por fim, os dados apresentados mostram a elevada prevalência de puérperas com sinais e sintomas de DPP e que a experiência de violência perpetrada pelo companheiro, seja ao longo da vida ou durante a gestação, esteve associada a maiores frequências de depressão. Espera-se que os resultados aqui apresentados contribuam para a ampliação dos debates do impacto da violência na saúde da mulher e que alertem quanto à importância de se rastrear a violência no pré-natal e puerpério, bem como investigar os sinais e sintomas de depressão pós-parto, de modo a promover um cuidado qualificado e integral ao binômio.

REFERÊNCIAS (ARTIGO)

ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, dez. 2011.

ASLING-MONEMI, K. et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 1, p. 10-16, 2003.

BISCEGLI, T.S. et al. Depressão pós-parto e tipo de parto: perfil de mulheres atendidas em um hospital-escola. **Revista CuidArt**, v. 11, n. 1, p. 59-65, jan.2017.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165–174, mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CANTILINO, A. et al. Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010.

CHANDRAN, M. et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. **The British Journal of Psychiatry**, v. 181, n. 6, p. 499-504, dez. 2002.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181–188, abr. 2005.

CUNNINGHAM, F. G. et al. (Ed.). **Williams obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DELZIOVO, C. R. et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1687-1696, maio 2018.

GELAYE, B. et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 10, p. 973–982, out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: 2010. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/7JR>>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

JARDE, A. et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 8, p. 826–837, ago. 2016.

LEUNG, W. C. et al. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 79, n. 2, p. 159–166, nov. 2002.

LEWIS, A. J.; AUSTIN, M.; GALBALLY, M. Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review. **Journal of Developmental Origins of Health and Disease**, v. 7, n. 4, p. 416–428, ago. 2016.

LIMA, M. O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 39–46, jan. 2017.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, set. 2007.

MCDONALD, S. et al. Risk and protective factors in early development: results from the all our babies (AOB) pregnancy cohort. **Research in Developmental Disabilities**, v. 58, p. 20–30, nov. 2016.

MELO JÚNIOR, E. F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças. São Paulo: EDUSP, 2007. v. 1.

PALLITTO, C. C. **Domestic violence and maternal, infant, and reproductive health**: a critical review of the literature. Washington: PAHO, 2004.

QUADROS, M.E.F.; OLIVEIRA, M.M.; ALVES, P.F. **Violência doméstica**: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. *Revista Enferm UFSM*, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 164–174, 2013.

RECORDS, K.; RICE, M. J. A comparative study of postpartum depression in abused and non-abused women. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 19, n. 6, p. 281–290, dez. 2005.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUAL, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 90–5, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658–666, ago. 2010b.

SHAKEEL, N. et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, p. 5, 2015.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93–103, abr. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Mental health aspects of women's reproductive health**: a global review of the literature. Geneva: WHO, 2009.

XU, F. S. et al. Effects of intervening measures on postpartum depression. **Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi**, v. 38, n. 12, p. 724–726, dez. 2003.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo sobre depressão pós-parto e violência realizado com puérperas atendidas em uma maternidade de baixo risco no município de Cariacica, Espírito Santo, e teve por objetivos identificar a prevalência de sinais e sintomas da depressão pós-parto e examinar a associação entre sinais e sintomas da depressão pós-parto e a experiência de violência.

Os resultados reafirmam que os sinais e sintomas de DPP são eventos frequentes no puerpério e que a violência por parceiro íntimo constitui um fenômeno importante nos diferentes ciclos de vida das mulheres. Ainda, constata-se que a história de violência pode estar associada às maiores prevalências de depressão após o parto. A violência é um fenômeno multifatorial e complexo, que exige uma abordagem multidisciplinar e qualificada. Nesse contexto, o enfermeiro é fundamental, pois deve contribuir para um cuidado holístico, trabalhando na orientação, prevenção, rastreamento e tratamento dos agravos oriundos da violência, realizando um atendimento integral, a fim de minimizar os danos desse agravo.

Ainda, foi possível justificar a inclusão do tema no cotidiano assistencial do serviço de enfermagem da unidade. Na construção do instrumento de coleta de dados atualmente aplicado como parte do processo de enfermagem na maternidade de Cariacica, a inserção das questões de rastreamento contribui no direcionamento do profissional para a identificação e enfrentamento do fenômeno e a promoção de um cuidado de enfermagem qualificado por meio de um atendimento multidisciplinar em consonância com as políticas públicas vigentes. Do mesmo modo, aproxima esse agravo (violência contra a mulher) da rotina do enfermeiro.

Por fim, acredita-se que este trabalho possibilita ao profissional da área de atenção à saúde da mulher ampliar o seu olhar acerca das situações de violência vivenciadas pelas usuárias de nossos serviços, do mesmo modo que potencializa a necessidade de se construir ferramentas e processos para melhor condução dos casos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE NETTO, L. et al. Violence against women and its consequences. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 458–464, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.
- ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200007>. Acesso em: 08 maio 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM-IV. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- ASLING-MONEMI, K. et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 1, p. 10-16, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572309/pdf/12640470.pdf>>. Acesso em: 10 junho 2018.
- AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877–885, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6642.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 113, n. 1, p. 6–11, mar. 2004.
- BAILEY, B. A.; DAUGHERTY, R. A. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. **Maternal and Child Health Journal**, v. 11, n. 5, p. 495–503, set. 2007.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449–469, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 março 2018.
- BEYDOUN, H. A. et al. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 6, p. 867–873, mar. 2011.

BEYDOUN, H. A. et al. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the maternity experience survey. **Annals of Epidemiology**, v. 20, n. 8, p. 575–583, ago. 2010.

BISCEGLI, T.S. et al. Depressão pós-parto e tipo de parto: perfil de mulheres atendidas em um hospital-escola. **Revista CuidArt**, v. 11, n. 1, p. 59-65, jan.2017. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/8%20Artigo%20Depress%C3%A3o%20p%C3%B3s-parto%20e%20tipo%20de%20parto.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2018.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165–174, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a14.pdf>>. Acesso em: 20 julho 2018.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Lei nº 11.340, de 07 agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 19 dezembro 2017.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 10 mar. 2015. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm>. Acesso em: 23 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2018.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, dez. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/20802/14100>>. Acesso em: 10 maio 2018.

CANTILINO, A. et al. Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**,

Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n1/v59n1a01.pdf>>. Acesso em: 21 julho 2018.

CASIQUE CASIQUE, L.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 950-956, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf>. Acesso em: 11 março 2018.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/04.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2018.

CHANDRAN, M. et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. **The British Journal of Psychiatry**, v. 181, n. 6, p. 499-504, dez. 2002.

CLEIRES, A. B. B. et al. Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 261-268, apr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0261.pdf>>. Acesso em: 13 janeiro 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **COFEN**, Rio de Janeiro, 15 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 19 mar. 2018.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-55.

CRIFE, S. M. et al. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 100, n. 2, p. 104–108, fev. 2008.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181–188, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a04v27n4.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2018.

CUNNINGHAM, F. G. et al. (Ed.). **Williams obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DAS, S. et al. Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. **BMC Public Health**, v. 13, p. 817, set. 2013.

DELZIOVO, C. R. et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1687-1696, maio 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1687.pdf>>. Acesso em: 19 março 2018.

DÍAZ-OLAVARRIETA, C. et al. Abuse during pregnancy in Mexico City. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 97, n. 1, p. 57–64, abr. 2007.

DINIZ, N. M. F. et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1010-1015, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a04.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

DUARTE, M. C. et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 325-332, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0325.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 310-322, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/02.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

ELLSBERG, M. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **The Lancet**, v. 371, n. 9619, p. 1165-1172, abr. 2008.

FANSLOW, J. et al. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 48, n. 4, p. 391-397, ago. 2008.

FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M.; SILVA FILHO, H. C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1343.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

FIGUEROA-PEREA, J. G. Algunas reflexiones sobre el estudio de los hombres desde el feminismo y desde los derechos humanos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 371-393, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v21n1/19.pdf>>. Acesso em: 12 julho 2018.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A. K.; WANN-HANSSON, C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a

longitudinal cohort study in the south of Sweden. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, p. 228, 2016.

FIOROTTI, K. F. **Prevalência e fatores associados à violência doméstica**: estudo em uma maternidade de alto risco. 2016. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_10477_Karina%20disserta%E7%E3o%20final_ficha%20catalografica.pdf>. Acesso em: 17 abril 2018.

FONSECA, L. M. M. et al. Educational technology in health: contributions for pediatric and neonatal nursing. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p. 190–196, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/27.pdf>>. Acesso em: 19 setembro 2018.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 240–252, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/04.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2018.

GAMBINI, S. Violência doméstica: uma abordagem preliminar. **Cadernos de Serviço Social**, 1998.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567–2573, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/06.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2018.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260–1269, out. 2006.

GAZMARARIAN, J. A. et al. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. **Maternal and Child Health Journal**, v. 4, n. 2, p. 79–84, jun. 2000.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200–206, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf>>. Acesso em: 02 setembro 2018.

GELAYE, B. et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 10, p. 973–982, out. 2016.

GHARACHEH, M. et al. Domestic Violence During Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life. **Global Journal of Health Science**, v. 8, n. 2, p. 27–34, jun. 2015.

GOMES, N. P. et al. Caring for women facing domestic violence: grounded theory. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, p. 782-793, dez. 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4138/html_50>. Acesso em: 13 abr. 2018.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F. Males unveiling the different forms of conjugal violence. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 262-267, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a05v21n2.pdf>>. Acesso em: 17 abril 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/7JR>>. Acesso em: 21 abril 2018.

JAHANFAR, S. et al. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. **The Cochrane Library**, v. 28, n. 2, p. CD009414, fev. 2014.

JANSSEN, P. A. et al. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 188, n. 5, p. 1341-1347, maio 2003.

JARDE, A. et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 8, p. 826-837, ago. 2016.

JOHNSON, J. K. et al. The prevalence of domestic violence in pregnant women. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 110, n. 3, p. 272-275, mar. 2003.

KARAOGLU, L. et al. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. **European Journal of Public Health**, v. 16, n. 2, p. 149-156, abr. 2006.

KAYE, D. K. et al. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. **Tropical medicine & international health: TM & IH**, v. 11, n. 10, p. 1576-1584, out. 2006.

KOSKI, A. D.; STEPHENSON, R.; KOENIG, M. R. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 29, n. 3, p. 245-254, jun. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131125/>>. Acesso em: 09 junho 2018.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, out. 2002.

LEITE, F. M. C. et al. Percepção de mulheres acerca da violência vivenciada. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1,

p. 193-199, mar. 2017a. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5353/pdf_1>. Acesso em: 12 março 2017.

LEITE, F. M. C. et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 33, abr. 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006815.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

LEONE, J. M. et al. Effects of Intimate Partner Violence on Pregnancy Trauma and Placental Abruption. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 8, p. 1501–1509, ago. 2010.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 524–529, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/07.pdf>>. Acesso em: 12 março 2018.

LEUNG, W. C. et al. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 79, n. 2, p. 159–166, nov. 2002.

LEWIS, A. J.; AUSTIN, M.; GALBALLY, M. Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: a systematic review. **Journal of Developmental Origins of Health and Disease**, v. 7, n. 4, p. 416–428, ago. 2016.

LIMA, D. C.; BÜCHELE, F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra as mulheres. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 721-743, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a20v21n2.pdf>>. Acesso em: 24 junho 2018.

LIMA, M. O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 39–46, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0039.pdf>>. Acesso em: 14 outubro 2018.

LOURENÇO, M.A.; DESLANDES, S.F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 615-621, jul/ago 2008.

MALTA, D. C. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45–55, mar. 2007. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n1/v16n1a05.pdf>>. Acesso em: 15 janeiro 2018.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D.; MATOS, M. V. M. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil**: nota técnica. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/a-institucionalizacao-das-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil>>. Acesso em: 23 fevereiro 2018.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/06.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

MCDONALD, S. et al. Risk and protective factors in early development: results from the all our babies (AOB) pregnancy cohort. **Research in Developmental Disabilities**, v. 58, p. 20–30, nov. 2016.

MCFARLANE, J.; PARKER, B.; SOEKEN, K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 25, n. 4, p. 313–320, maio 1996.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO JÚNIOR, E. F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204–1208, fev. 2012.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309–316, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n5/16815.pdf>>. Acesso em: 14 janeiro 2018.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 646–647, 2004.

MONTEIRO, C. F. S. et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 273–80, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a15v10n2.pdf>>. Acesso em: 04 fevereiro 2018.

MORAES, C. L.; AMORIM, A. R.; REICHENHEIM, M. E. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 95, n. 3, p. 254–260, dez. 2006.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 79, n. 3, p. 269–277, dez. 2002.

MORAIS, M. L. S. E; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 7–17, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n1/02.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

MOURA, L. B. A. et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 944–953, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2017.

NIETSCHE, E. A. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344–352, jun.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300009>. Acesso em: 28 março 2017.

OLIVEIRA, L. C. Q. et al. Intimate partner violence in pregnancy: identification of women victims of their partners. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 233–238, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en_0102-6933-rgenf-36-spe-0233.pdf>. Acesso em: 27 junho 2017.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - "Convenção de Belém do Pará". Belém do Pará, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>>. Acesso em: 15 maio 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (OMS/OPS). Cuadragésima reunión de la mesa directiva de la conferencia regional sobre la mujer en américa latina y el caribe. In: 2006, **Anais**: Unidad de Género, Etnia y Salud, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças. São Paulo: EDUSP, 2007. v. 1.

PALLITTO, C. C. **Domestic violence and maternal, infant, and reproductive health**: a critical review of the literature. Washington: PAHO, 2004.

PAREDES-SOLÍS, S. et al. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepe, Guerrero, México. **Salud Pública de México**, v. 47, n. 5, p. 335-341, out. 2005. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/spm/2005.v47n5/335-341/es>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

PRENOVEAU, J. et al. Postpartum gad is a risk factor for postpartum mdd: the course and longitudinal relationships of postpartum gad and mdd: Research Article: Course of Postpartum GAD and MDD. **Depression and Anxiety**, v. 30, n. 6, p. 506–514, jun. 2013.

PUCCIA, M. I. R.; MAMEDE, M. V. Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 944–956, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a24.pdf>>. Acesso em: 22 março 2017.

QUADROS, M. E. F. et al. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p. 164–174, abr. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8359/pdf>>. Acesso em: 16 setembro 2017.

RACHANA, C. et al. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**, v. 103, n. 1, p. 26–29, jun. 2002.

RECORDS, K.; RICE, M. J. A comparative study of postpartum depression in abused and non-abused women. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 19, n. 6, p. 281–290, dez. 2005.

SAIFUDDIN, A.; MICHAEL, A. K.; ROB, S.; SHIREEN, J. J.; JACQUELYN C. “Individual and Contextual Determinants of Domestic Violence in North India”, *American Journal of Public Health* 96, no. 1 (January 1, 2006): pp. 132-138.

SANCHEZ, S. E. et al. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 137, n. 1, p. 50–55, mar. 2008.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A; GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 516-524, set. 2009. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>>. Acesso em: 15 abril 2017.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUAL, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 90–5, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658–666, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/09.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 470–477, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2018.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 13–26, ago. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>. Acesso em: 15 abril 2018.

SHAKEEL, N. et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, p. 5, 2015.

SILVA, C. D. et al. Violence against women: aggressors drug users. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2494, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3880/pdf_1592>. Acesso em: 15 junho 2018.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. supl. 2, p. S263–S272, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a08v19s2.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93–103, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>>. Acesso em: 15 junho 2018.

SILVERMAN, J. G. et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 195, n. 1, p. 140–148, jul. 2006.

SIT, D. K. Y.; WISNER, K. L. Identification of postpartum depression. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 52, n. 3, p. 456–468, set. 2009.

SUGG, N. K.; INUI, T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora's Box. **JAMA**, v. 267, n. 23, p. 3157–3160, 1992.

TAFT, A. J. et al. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. **BMC Public Health**, v. 12, p. 811, set. 2012.

URQUIA, M. L.; O'CAMPO, P. J.; RAY, J. G. Marital status, duration of cohabitation, and psychosocial well-being among childbearing women: a Canadian nationwide survey. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 2, p. e8–e15, fev. 2013.

VALLADARES, E. et al. Neuroendocrine response to violence during pregnancy – impact on duration of pregnancy and fetal growth. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 88, n. 7, p. 818–823, 2009.

VARMA, D. et al. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: relationship with depression and post-traumatic stress disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 102, n. 1–3, p. 227–235, set. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1978173/>>. Acesso em: 23 setembro 2018.

VIELLAS, E. F. et al. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 89, n. 1, p. 83–90, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n1/en_v89n1a13.pdf>. Acesso em: 3 outubro 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Flacso, 2015. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 22 julho 2018.

WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. **The Lancet**, v. 359, n. 9313, p. 1232–1237, abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**. 2005. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159358X_eng.pdf>. Acesso em: 7 junho 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>>. Acesso em: 22 março 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 1 outubro 2018.

XU, F. S. et al. Effects of intervening measures on postpartum depression. **Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi**, v. 38, n. 12, p. 724–726, dez. 2003.

YOST, N. P. et al. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. **Obstetrics and Gynecology**, v. 106, n. 1, p. 61–65, jul. 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui convidado (a) a participar do estudo intitulado “Violência contra a mulher na gestação e a depressão pós parto: estudo em uma maternidade de baixo risco”, que faz parte da pesquisa de mestrado profissional em enfermagem do En^o Dherik Fraga Santos, sob a orientação da Profa. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A violência contra a mulher em qualquer momento de seu ciclo vital se configura em um grave problema social e de saúde pública em todo o mundo; quando ocorre na gestação – momento de maior fragilidade física e emocional da mulher, exige uma atenção especial dos diversos equipamentos públicos envolvidos. Esse tipo de violência pode acarretar danos à saúde materna e fetal.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

Estudar as implicações da violência na gestação na ocorrência da depressão pós-parto.

PROCEDIMENTOS

A participação se dará por meio de entrevista estruturada com preenchimento de 02 formulários pela entrevistadora, individualizado e em local reservado. A entrevista para preenchimento dos formulários deve durar um tempo total de

cerca de 30 minutos, após preenchimento dos formulários, eles serão devidamente guardados em uma pasta de acesso apenas do pesquisador e sua equipe.

RISCOS E DESCONFORTOS

Esta pesquisa possui risco mínimo, uma vez que o risco se concentra na necessidade do participante despende um pouco do seu tempo para participar do estudo (aproximadamente 30 minutos), além da possibilidade de exposição dos indivíduos ao constrangimento em responder o instrumento de coleta de dados, o que será minimizado pelo fato do instrumento ser aplicado de forma individual, em um espaço físico reservado e confortável. Todas as informações serão acessadas apenas pela equipe de pesquisa, sendo disponibilizado para a instituição cópia do trabalho finalizado, sem a possibilidade de identificação ou individualização das respostas.

BENEFÍCIOS

O benefício dessa pesquisa se concentra na identificação da prevalência e de fatores associados à violência doméstica contra gestantes, no intuito de caracterizar o fenômeno e obter bases para criação de estratégias no combate e rastreio desse tipo de violência.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Não existe nenhuma obrigação na participação da pesquisa, sendo possível desistir a qualquer momento, sem questionamentos ou penalidade por essa decisão.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes de forma alguma, sendo assegurado total sigilo sobre a sua participação.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

A Resolução CNS N°466 de 2012, item II.21, define ressarcimento como compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação.

Assim, a participação neste estudo não compreenderá nenhum tipo de ressarcimento, haja vista que você não terá nenhuma despesa para participar deste estudo.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, deve-se contatar a pesquisadora Dherik Fraga Santos, no telefone (27) 99297-8823. Também pode-se contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM, responsável pela apreciação ética desse estudo, pelo telefone (27) 3335-7326 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Av. Marechal Campos, 1355, Santos Dumont, CEP 29.043-900, Vitória - ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a).

Cariacica-ES, __/__/____

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Violência contra a mulher na gestação e a depressão pós parto: estudo em uma maternidade de baixo risco”, eu, Dherik Fraga Santos, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Cariacica-ES, __/__/____

Dherik Fraga Santos

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, **Dherik Fraga Santos**, brasileiro, casado, enfermeiro, inscrita no CPF 05894716780, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Violência contra a mulher na gestação e a depressão pós-parto: estudo em uma maternidade de baixo risco”**, a que tiver acesso nas dependências da Maternidade Municipal de Cariacica - ES.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação do projeto de pesquisa acima mencionado.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Cariacica, ____ de _____ de _____

Pesquisador(a) Responsável

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu _____, abaixo assinado, responsável pela Maternidade Municipal de Cariacica/ES, autorizo a realização do estudo **“VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA GESTAÇÃO E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ESTUDO EM UMA MATERNIDADE DE BAIXO RISCO”**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Vila Velha, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

APÊNDICE D - FOLDER

FOLDER

PROCURE AJUDA	
ORGÃO	TELEFONE
Denúncia	Disque 180 Disque 100
Emergência	Polícia Militar 190 Polícia Civil 197
Delegacia de atendimento à Mulher – CARIACICA	3136-3118
Conselho Municipal dos Direitos da Mulher - CARIACICA	3226-5488
Centros de Referência Especializados de Assistência Social - (CREAS) CARIACICA	3346-6335
Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVÍVIS)	3335-7184

ELABORAÇÃO

Enf. Mestrando Dherik Fraga Santos

Prof. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite



APOIO



Violência

Contra a


Mulher



Quebre o

ciclo desse


crime



CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra mulher afeta a saúde da vítima. Tem como consequências:

Gravidez indesejada; abortos; doenças sexualmente transmissíveis; problemas cardiovasculares, gastrointestinais; dores crônicas; ansiedade; estresse; depressão; menor frequência da realização de exame preventivo para o câncer de colo do útero;



TIPOS DE VIOLÊNCIA
(Conforme Lei Maria da Penha)

Violência Física: Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal. (Exemplo: quando empurrada, chutada, amarrada, agredida, violentada)

Violência Psicológica: Qualquer dano emocional, diminuição da autoestima, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, perseguição, insulto e chantagem.

Violência Sexual: Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, negar direito a métodos contraceptivos, negar uso de preservativo.

Violência Patrimonial: retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetivos, instrumentos de trabalho ou recursos econômicos. (Exemplo: controla seu dinheiro, não te deixa trabalhar, oculta bens e propriedades, destrói seus bens, não te dá permissão para certas compras)


Violência Moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

O QUE É VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Qualquer ato ou comportamento baseado no gênero, que cause morte, prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

O QUE É A LEI MARIA DA PENHA?

É a lei que aumenta o rigor das punições aos casos de violência contra a mulher quando ocorridas no ambiente doméstico ou familiar e prevê a adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.



ANEXO A – QUESTIONÁRIOS**QUESTIONÁRIOS**

Número de identificação da participante: _____

Número do atendimento: _____

Número do telefone: _____

Nome da entrevistadora: _____

Nome do Supervisor: Dherik Fraga Santos

Data ____/____/____ Horário de início da entrevista: _____ Término: _____.

Local da entrevista: Maternidade Municipal de Cariacica – ES.

BLOCO 1**Formulário dos dados socioeconômicos e demográficos**

1. Qual a idade da Sra.? _____ anos

2. A Sra. se considera de que raça/cor?

(1) branca (2) negra (3) amarela (4) parda (5) indígena

3. Grau de escolaridade da senhora:

(1) Analfabeta (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo

(4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo

(6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo

4. Atualmente, qual a situação conjugal da Sra.?

(1) casada (2) solteira (3) Namorando (4) viúva (5) separada

(6) divorciada (7) com companheiro (vive junto, mas não é casada)

5. A Sra. tem alguma religião?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 10**

(1) sim

6. No mês passado, qual foi renda salarial total dessas pessoas (INCLUINDO A ENTREVISTADA CASO POSSUA TRABALHO REMUNERADO E EXCLUINDO BENEFÍCIOS/AUXÍLIOS)? _____ reais.

BLOCO 2

Questionário sobre dados clínicos, gineco-obstétricos, comportamentais e experiência de vida.

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde:

7. Fez pré-natal nesta gestação?

(0) não (1) sim

8. Quantas consultas? _____ consultas

9. Tipo de parto da gestação atual: (1) cirúrgico (2) vaginal

10. A Sra teve alguma doença(s) durante a gravidez mais recente?

(0) Não (1) sim QUAL? _____

11. A Sra. teve preferência pelo sexo da criança nessa gestação? (0) não (1) sim

12. A Sra. pensou em interromper a gravidez mais recente? (0) não (1) sim

13. A senhora fez uso de alguma bebida alcoólica antes da gestação?

(Uma dose correspondeu, em média, a uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”)

(0) Não faz uso

(1) Faz uso.

14. A senhora fez uso de alguma bebida alcoólica durante a gestação?

(Uma dose correspondeu, em média, a uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”)

(0) Não faz uso

(1) Faz uso.

15. A senhora já fez uso de cigarro?

(0) Não. **(PULE PARA A QUESTÃO 37)**

(1) Sim. Quantos cigarros por dia? _____ cigarros. **(PULE PARA A QUESTÃO 35)**

(2) Ex Fumante. **(PULA PARA A QUESTÃO 34)**

16. Durante a gestação, a senhora fez uso de cigarro? (0) Não (1) Sim

17. A senhora já fez uso de drogas ilícitas alguma vez na vida?

(0) não **(PULE PARA QUESTÃO 41)**

(1) sim.

18. A Senhora fez uso de outras drogas ilícitas durante a gestação?

(0) Não - **PULE PARA QUESTÃO 44**

(1) Sim

19. Quantas gestações a Sra. teve? _____

20. A Sra. teve algum aborto?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 51**

(1) sim

21. Sobre o recém nascido, houve complicações na gestação?

(0) não (1) sim – Quais? _____

BLOCO 3

22. A Sra. já sofreu violência física por algum parceiro alguma vez na vida?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 98** (1) sim

23. A Sra. sofreu violência física pelo parceiro durante a gestação?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 103** (1) sim

24. Antes dos 15 anos a senhora presenciou algum tipo de agressão física na família?

(0) não (1) sim

25. Antes dos 15 anos a Sra. sofreu violência sexual?

(0) não (1) sim

QUESTIONÁRIO 3 – WHO VAW STUDY

Este questionário deverá ser respondido, de acordo com as experiências vividas pela entrevistada ao longo da vida em relação ao parceiro íntimo (marido, ex-marido, companheiro ou ex-companheiro).

A Sra. já teve algum parceiro íntimo que:	AO LONGO DA VIDA	
Violência Emocional:	SIM	NÃO
26. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?		
27. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?		
28. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?		
29. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?		
Violência Física		
30. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?		
31. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?		
32. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?		
33. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?		
34. Estrangulou ou queimou você de propósito?		
35. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?		
Violência Sexual		
36. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?		
37. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?		
38. Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?		

A Sra. já teve algum parceiro íntimo que:	DURANTE A GESTAÇÃO	
Violência Emocional:	SIM	NÃO
39. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?		
40. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?		
41. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?		
42. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?		
Violência Física		
43. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?		
44. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?		
45. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?		
46. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?		
47. Estrangulou ou queimou você de propósito?		
48. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?		
Violência Sexual		
49. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?		
50. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?		
51. Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?		

ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH (EPDS)

Escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS)

Gostaríamos de saber o que você tem sentido NOS ULTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS...**

1) Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- ☐ Como sempre fez.
- ☐ Não tanto quanto antes.
- ☐ Sem duvida, menos que antes.
- ☐ De jeito nenhum.

2) Você sente prazer quando pensa no que estar por acontecer em seu dia-a-dia:

- ☐ Como sempre sentiu.
- ☐ Talvez menos que antes.
- ☐ Com certeza menos.
- ☐ De jeito nenhum.

3) Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

4) Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- ☐ Não, de maneira alguma.
- ☐ Pouquíssimas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.

5) Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não, muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

6) Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:

- ☐ Sim. Na maioria das vezes não consegue lidar bem com eles.
- ☐ Sim. Algumas vezes não consegue lidar bem como antes.
- ☐ Não. Na maioria das vezes consegue lidar bem com eles.
- ☐ Não. Consegue lidar com eles tão bem quanto antes.

7) Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

8) Você tem se sentido triste ou arrasada:

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, de jeito nenhum.

9) Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:


- ☐ Sim, quase todo o tempo.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Não, nenhuma vez.

10) A ideia de fazer mal a si mesma passou por sua cabeça:

- ☐ Sim, muitas vezes, ultimamente.
- ☐ Algumas vezes nos últimos dias.
- ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- ☐ Nenhuma vez.

ANEXO C - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

UFES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES DA	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA GESTAÇÃO E A DEPRESSÃO PÓS PARTO: ESTUDO EM UMA MATERNIDADE DE BAIXO RISCO

Pesquisador: DHERIK FRAGA SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69026517.2.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.149.430

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, a ser realizado com puerperas internadas na Maternidade Municipal de Cariacica – Espírito Santo. Será coletado dados relacionados a caracterização demográficas, econômicas, comportamentais, clínicos e experiência de violência na gestação, para o rastreamento da violência praticada pelo parceiro íntimo será aplicado o instrumento da Organização Mundial de Saúde. Pretende-se posteriormente correlacionar com índices de depressão pós-parto e outros problemas associados.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar as implicações da violência na gestação na ocorrência da depressão pós-parto.

Identificar a prevalência de sinais e sintomas de depressão pós-parto; Verificar a distribuição dos sinais e sintomas de depressão pós-parto segundo características demográficas, econômicas, comportamentais, clínicos e experiência de violência na gestação; Examinar a associação entre a depressão pós-parto e a experiência de violência pelo parceiro íntimo na gestação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta risco.

O benefício dessa pesquisa se concentra na identificação da prevalência e de fatores associados a violência doméstica contra gestantes, no intuito de caracterizar o fenômeno e obter bases para

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7328

CEP: 29.043-900

E-mail: cephucam@gmail.com

UFES - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 2.149.430

criação de estratégias no combate e rastreio desse tipo de violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo muito extenso (4-5 páginas), com informações muitas vezes desnecessárias ao estudo.

Aconselha-se modifica-lo de forma a deixa-lo mais conciso.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_897429.pdf	30/05/2017 10:31:44		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ASSINADA_Dherik_e_Sobral.PDF	30/05/2017 10:28:39	DHERIK FRAGA SANTOS	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_E_SIGILO.PDF	26/05/2017 16:06:09	DHERIK FRAGA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_instituicao.PDF	26/05/2017 16:04:18	DHERIK FRAGA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/05/2017 16:03:51	DHERIK FRAGA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dherik_VISTO.docx	26/05/2017 16:02:42	DHERIK FRAGA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7326

CEP: 29.043-900

E-mail: cepucam@gmail.com

UFES - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO DE MORAES DA



Continuação do Parecer: 2.149.430

VITÓRIA, 30 de Junho de 2017

Assinado por:
Claudio Piras
(Coordenador)

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355
Bairro: Santos Dumont
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7326

CEP: 29.043-900

E-mail: cephucam@gmail.com

ANEXO D - DECLARAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**DECLARAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

27

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu Eduardo Pereira Soares, abaixo assinado, responsável pela Maternidade Municipal de Cariacica/ES, autorizo a realização do estudo **"VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA GESTAÇÃO E A DEPRESSÃO PÓS PARTO: ESTUDO EM UMA MATERNIDADE DE BAIXO RISCO"**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Vila Velha, 26 de 05 de 17.

Eduardo Pereira Soares 
Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Dhoni Fraga Santos

ANEXO E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

25

APÊNDICE B

Termo de confidencialidade e sigilo

Eu, **Dherik Fraga Santos**, brasileiro, casado, enfermeiro, inscrita no CPF 05894716780, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Violência contra a mulher na gestação e a depressão pós parto: estudo em uma maternidade de baixo risco”**, a que tiver acesso nas dependências da Maternidade Municipal de Cariacica - ES.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades

especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação do projeto de pesquisa acima mencionado.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Cariacica, 26 de maio de 2017



Pesquisador(a) Responsável